



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria

XIV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho (nº 218515)

Setembro, 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Gestão da Saúde realizada sob a orientação científica
do Professor Doutor Pedro Aguiar

Setembro, 2020

Agradecimentos

A realização e conclusão do estudo foi possível pelo apoio de vários intervenientes aos quais expresso o meu agradecimento pela colaboração direta ou indireta que me dispensaram, permitindo a concretização deste objetivo.

Ao Exmo. Sr. Professor Doutor Pedro Aguiar por ter aceite mais este desafio de orientar a presente Tese de Mestrado, relevando a sua disponibilidade, orientação e apoio durante todo o percurso.

À Direção de Enfermagem e à Direção do Departamento de Pediatria do Hospital onde se realizou o estudo pela abertura, oportunidade e colaboração na realização do mesmo.

Aos colegas Enfermeiros que aceitaram participar dedicando o seu tempo ao preenchimento do questionário e a todos os que me têm servido de referência neste percurso na área da Saúde.

À minha família, recanto amigo sempre presente, disponível e pleno de compreensão durante mais esta viagem.

Resumo

Este trabalho insere-se na temática da Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados de Saúde. É um estudo Observacional, Transversal de natureza Quantitativa visando a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria, com base num inquérito por questionário realizado no Departamento de Pediatria de um hospital.

No percurso metodológico o acesso à evidência científica foi feito através da MEDLINE, CINAHL, WEB OF SCIENCE e SCOPUS, sendo utilizados os operadores booleanos “and” ou “or” para integrar os descritores *Patient Safety*, *Risk Management*, *Quality Improvement*, *Adverse Event*, *Medical Error*, *Pediatrics*.

Concluiu-se que 68,8% dos enfermeiros referiu não ter notificado qualquer Evento Adverso no último ano, sendo notificados com maior frequência os que apresentaram consequências de maior gravidade para o doente. Os Eventos Adversos que ocorreram com maior frequência foram a avaria dos materiais/dispositivos médicos, falta de material/roupa/equipamentos, falta de material clínico e equipamentos, disfunções do sistema informático e conflitos com o doente/família. Os fatores apontados como facilitadores da ocorrência de Eventos Adversos foram a carência de recursos humanos (19%), falhas de comunicação (17%) e sobrecarga horária (17%). A principal barreira à Notificação foi o esquecimento quando há maior carga de trabalho (62%).

Os resultados apontam para a necessidade de fomentar a Cultura de Segurança da instituição, consciencializando os profissionais de saúde da importância do seu papel para a melhoria da Segurança do Doente. Torna-se fundamental integrar a Notificação na prática diária dos profissionais, com recurso a sensibilização contínua, reforço das equipas multidisciplinares, melhoria da comunicação e alívio da carga horária dos profissionais. A valorização e investimento na formação dos profissionais e constituição de equipas com experiência na análise das causas dos EA são passos a seguir.

Abstract

This study refers to Patient Safety and Health Care Quality subject. This is an Observational, Cross-Sectional study of a Quantitative nature that aims to study Nurses' Adherence to the Notification of Adverse Events in Pediatrics, based on a questionnaire survey completed in the Department of Pediatrics of an hospital.

In the methodological path, the access to scientific evidence was made through MEDLINE, CINAHL, WEB OF SCIENCE and SCOPUS, using the boolean operators "and" and "or" to integrate the descriptors Patient Safety, Risk Management, Quality Improvement, Adverse Event, Medical Error, Pediatrics.

It was concluded that 68.8% of the nurses reported not having notified any Adverse Event in the last year, and those with more serious consequences for the patient were notified more frequently. The Adverse Events that occurred most frequently were the failure or defect of medical materials/devices, lack of material/clothing/equipment, lack of clinical material and equipment, computer system dysfunctions and conflicts with the patient/family. The factors pointed out as facilitators of the occurrence of Adverse Events were the lack of human resources (19%), communication failures (17%) and workload (17%). The main barrier to Adverse Events reporting can be chalked up to forgetfulness when there is a higher workload (62%).

The results point out the need to promote the Safety Culture of the institution, making health professionals aware of the importance of their role for the improvement of Patient Safety. It is essential to integrate the Notification in the professionals daily practice, using continuous awareness, strengthening multidisciplinary teams, improvement of communication and relief of the work load. The valuation and investment in the training of professionals and creating teams with experience in the analysis of the causes of AE are steps to follow.

Lista de Siglas

AAP – *American Academy of Pediatrics*

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

AENEA – Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos

AIMS – *Advanced Incident Monitoring System*

ANEA – Adesão à Notificação de Eventos Adversos

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral da Saúde

EA – Evento Adverso

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICPS – *International Classification for Patient Safety*

IOM – *Institute of Medicine*

JC – *Joint Commission*

NEA – Notificação de Eventos Adversos

NPSA – *National Patient Safety Agency*

NRLS – *National Reporting and Learning System*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RN – Recém-nascido

SNEA – Sistema de Notificação de Eventos Adversos

SNIEA – Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UPP – Úlceras por Pressão

Índice

Agradecimentos	5
Resumo	7
<i>Abstract</i>	8
Lista de Siglas	9
Índice	11
Índice de Tabelas	12
Índice de Gráficos	13
Índice de Figuras	13
I. Introdução	15
II. Enquadramento Teórico	17
1. Qualidade em Saúde	17
2. Gestão do Risco e Segurança do Utente	19
2.1. Definições	21
2.1.1. O Erro	22
2.1.2. Incidentes	23
2.1.3. Eventos Adversos e Evento Sentinela	23
2.1.4. Near Miss	24
2.1.5. Quadro Síntese	24
2.2. O Erro em Saúde	25
2.2.1. The Swiss Cheese Model	28
2.3. Notificação de Eventos Adversos	30
2.3.1. Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos	34
3. Erro em Pediatria	36
III. Questão de Investigação e Objetivos	43
1. Questão de Investigação	43
2. Objetivos	43
IV. Metodologia	45
1. Tipo de Estudo	45
2. População Alvo e Amostra	45
3. Instrumento de recolha de dados	46
4. Análise estatística	49
5. Considerações éticas	49
V. Apresentação dos Resultados	53

1. Caracterização da Amostra	53
2. Sistema de Notificação de EA	54
3. Quantificar a Frequência de Notificação de EA.....	55
4. Caracterizar Frequência de Notificação de EA de acordo com a Gravidade	55
5. Caracterizar a relação entre a Frequência de NEA e as Características dos Enfermeiros	57
6. Tipos de EA e a sua Frequência de Notificação	61
7. Caracterização dos Serviços pela Frequência de NEA.....	64
8. Caracterização dos Serviços pelo EA que neles Ocorrem	65
9. Fatores Facilitadores dos EA.....	66
10. Barreiras à Notificação de EA	67
VI. Discussão de Resultados.....	71
VII. Considerações Finais e Conclusões	77
Referências bibliográficas	81
Anexos	89
Apêndices	103

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Quadro Síntese dos Conceitos Chave	24
Tabela 2 - Caracterização da Amostra	53
Tabela 3 - Notificação de Near Misses-caraterísticas dos Enfermeiros.....	57
Tabela 4 - Notificação de um Evento Sem Perigo-caraterísticas dos Enfermeiros	58
Tabela 5 - Notificação de Erro sem Dano-caraterísticas dos Enfermeiros.....	59
Tabela 6 - Notificação de EA que provocam dano moderado no doente-caraterísticas dos Enfermeiros.....	60
Tabela 7 - Notificação de EA que causam dano trágico no doente-caraterísticas dos Enfermeiros	61
Tabela 8 – Correlação entre Variáveis Frequência de Notificação de EA	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Características da Amostra relativas ao SNIEA	54
Gráfico 2 - Frequência de Notificação de EA nos últimos 12 meses	55
Gráfico 3 - Frequência de NEA de acordo com a sua gravidade.....	56
Gráfico 4 – Tipos de EA em Pediatria e sua Frequência de Notificação	62
Gráfico 5 - Frequência de Notificação de EA nos últimos 12 meses por serviço	64
Gráfico 6 - Caracterização do Serviço quanto ao tipo de EA que nele ocorrem	65
Gráfico 7 - Fatores Facilitadores para Ocorrência de EA	67
Gráfico 8 - Barreiras à Notificação de EA.....	68

Índice de Figuras

Figura 1 - Caracterização da Segurança do Doente. Fonte: Adaptado de World Health Organization; 2009 ^{13 pp.8}	20
Figura 2- “Nertney Wheel” de Bullock (1979). Fonte: Adaptado de Bonsu et al.; 2016 ^{18 pp.779}	26
Figura 3 - The "Swiss Cheese" Model. Fonte: Reason et al.; 2001 ^{29 pp. ii21}	29
Figura 4 - Fases de desenvolvimento de um incidente organizacional. Fonte: Reason; 1995 ^{17 pp.83}	30

I. Introdução

O presente estudo foi elaborado visando a obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, e intitula-se “Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria”.

A Gestão do Risco e da Segurança do Doente encontram-se associados à Melhoria Contínua de Qualidade dos cuidados de saúde, constituindo-se como objeto de grande responsabilidade para toda a equipa multidisciplinar. Neste contexto, evitar a ocorrência de Eventos Adversos surge como mais um desafio na prestação de cuidados de saúde.

Um Evento Adverso pode culminar em dano, incapacidade ou, mesmo, morte para o doente. Para além destas consequências diretas verificam-se também outras a nível profissional, organizacional, social e económico. A multiplicidade de fatores que causam Eventos Adversos tornam necessária uma abordagem metódica, contínua e integrada para a promoção da Segurança do Doente.

A população pediátrica é uma das que inspira grande cuidado pelas suas características intrínsecas associadas à condição de doença, que a tornam mais vulnerável à ocorrência de Eventos Adversos. Os enfermeiros, por se encontrarem na linha da frente da prestação de cuidados de saúde e pela experiência na identificação de situações potencialmente perigosas para o doente, são apontados como elementos fundamentais na prevenção desses Eventos.

A Notificação de Eventos Adversos surge como ferramenta primordial para a sua prevenção. A Notificação permite identificar situações potencialmente perigosas para o doente e situações que culminaram em dano para o mesmo, criando uma base de dados completa que, após investigação e análise por profissionais competentes, permite identificar os fatores causadores do Evento.

O presente trabalho de investigação visa estudar a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria e encontra-se dividido em seis secções: Introdução; Enquadramento teórico, na qual se realiza uma revisão da literatura, abordando os temas da Qualidade em Saúde, Gestão do Risco e Segurança do Doente, bem como o Erro em Pediatria; Metodologia, na qual se apresentam as etapas do percurso metodológico; Apresentação de Resultados; Discussão de Resultados; e Considerações Finais e Conclusões, que incluem as limitações do estudo e perspetivas futuras.

II. Enquadramento Teórico

1. Qualidade em Saúde

A evolução tecnológica e científica permitiu um avanço a nível da capacidade de prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas doenças. Em contrapartida, por tornar os exames e procedimentos progressivamente mais invasivos, embora também mais eficazes, aumentou os riscos da sua realização. A prestação de cuidados de saúde tornou-se uma atividade sucessivamente mais exigente e de complexidade crescente, o que acarreta riscos adicionais para todos os envolvidos: os utentes, os profissionais e os gestores¹.

As características únicas do setor da saúde como o contexto, cultura, práticas, diferenças estruturais e organizacionais, bem como a intimidade, complexidade, sensibilidade, compaixão e empatia associados à prestação de cuidados de saúde, requerem um pensamento crítico e reflexivo na procura da forma mais indicada para realizar a adaptação das estratégias de outras indústrias à saúde².

A Notificação de Eventos Adversos (NEA) foi uma das transações da indústria da aviação para a indústria da saúde. Reconhecida como uma ferramenta fundamental para a melhoria da Qualidade e da Segurança em ambas, a sua adaptação parece não ter sido realizada corretamente². Os fatores apontados para este resultado foram distintos, destacando-se as características únicas do setor da saúde, a diversidade de especialidades dentro do mesmo, a procura pela quantidade e não qualidade dos dados, com consequente análise pouco robusta dos mesmos, a adoção de uma cultura de culpabilização e punição ao invés de aprendizagem e prevenção, entre outras².

No entanto, os registos sobre questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, com a segurança dos doentes, remontam há mais de 150 anos.

Em 1850, século XIX, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale demonstrou preocupação com as condições ambientais, higiénicas e sanitárias, em que os soldados eram tratados³. Através do registo estatístico das condições de saúde dos soldados, Nightingale forneceu evidência científica que suportava a melhoria das condições sanitárias, de ventilação e de prevenção da sobrepopulação nas enfermarias, como sendo contribuintes para a redução da morbilidade e mortalidade dos soldados e civis⁴.

Ernest Codman, no século XX, foi pioneiro no registo de Erros relacionados com o Diagnóstico e Tratamento de doenças, fazendo a ligação destes com o resultado dos cuidados prestados, visando a sua melhoria⁵. Por esta razão é considerado o fundador dos estudos de resultados dos cuidados e da medicina baseada na evidência³.

Em 1960, Avedis Donabedian partilhou a primeira definição consistente de qualidade em saúde, com a definição da tríade: 1) estrutura (características do sistema de prestação de cuidados de saúde), 2) processos (que cuidado é como é prestado) e 3) resultados (consequências dos cuidados prestados), abordando todo o contínuo de prestação de cuidados^{3,6}. A implementação desta tríade na avaliação da qualidade permitiu verificar que os erros acontecem maioritariamente a nível da estrutura e processo, devendo a intervenção incidir nas pessoas, nos procedimentos e nos equipamentos⁷.

Em 1998, o *Institute of Medicine* (IOM) implementou o *Quality of Health Care in America Project*, do qual resultaram os documentos “*To Err is Human: Building a Safer Health System.*” e “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.*”. Estes documentos induziram uma preocupação geral com as condições de prestação de cuidados de saúde, formação dos profissionais e resultados dos cuidados prestados, impelindo uma onda de mudança, com implementação de inúmeras estratégias e *guidelines*, direcionada para melhoria da Qualidade desses cuidados³.

Uma prestação de cuidados de saúde sem danos ou complicações para o doente tornou-se uma prioridade, e o conceito de Segurança passou a fazer parte da definição de Qualidade de Donabedian. Este conceito de Segurança do Doente enquadra-se na ausência de dano accidental, através de processos que visam a diminuição da probabilidade de ocorrência de erros e aumentam a probabilidade de prevenção dos mesmos⁸.

Assim, em 2001, o IOM estabeleceu as componentes fundamentais para a Qualidade em Saúde: Segurança, Acessibilidade, Eficácia, Eficiência, Equidade e Centralidade no Utente⁹. Este defende uma prática de medicina e prestação de cuidados de saúde sem danos colaterais para os utentes, atempada e evitando demoras, baseada na evidência e boas práticas, reduzindo desperdícios, para todos os utentes sem discriminação e com resposta às necessidades individuais específicas⁹.

A valorização do doente enquanto participante ativo no seu processo saúde-doença conduziu a uma preocupação com a sua Satisfação, originando o conceito de Satisfação do Doente. Um doente satisfeito com os cuidados recebidos é um doente que está disponível para investir no seu processo de tratamento e na sua saúde. Uma

vez que a satisfação é algo individual, a prestação de cuidados individualizados e de acordo com as recomendações do IOM orientam o caminho a percorrer.

Em Portugal, os Ministérios das Finanças, da Administração Pública e da Saúde¹⁰ criaram, em 2009, o Departamento da Qualidade na Saúde, para gerir e dar resposta a todas as questões relacionadas com a Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança do Doente.

2. Gestão do Risco e Segurança do Utente

“A prática da medicina tornou-se hoje uma atividade de risco. (...) Risco para os utentes, (...) risco para os profissionais (...), risco ainda para os investidores, pagadores e gestores da saúde (...)” ^{1, pp.3}

As organizações para prestação de cuidados de saúde são sistemas complexos, que, tal como todos os outros, podem falhar. Neste sistema de complexidade crescente, com inúmeras operações efetuadas em simultâneo, a probabilidade de ocorrência do Erro aumenta. Assim, as questões relacionadas com a Gestão do Risco e a Segurança do Doente tomaram o papel principal.

Em 2006, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico¹¹ (OCDE) delineou a Segurança do Doente como uma de cinco prioridades. Neste mesmo ano, o Conselho Europeu reconheceu a Segurança do doente como um princípio fundamental a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde¹².

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*¹³ (OMS/WHO) lançou o *International Classification for Patient Safety* (ICPS), com o intuito de categorizar a informação sobre Segurança do Doente, através de um conjunto de conceitos padronizados e definidos a nível internacional, tendo em conta as relações estabelecidas entre eles de acordo com a ontologia. Este documento apresenta a definição de vários conceitos chave, destacando-se a definição do conceito de Segurança do Doente como a “redução do risco de danos desnecessários com os cuidados de saúde a um mínimo aceitável”¹³.

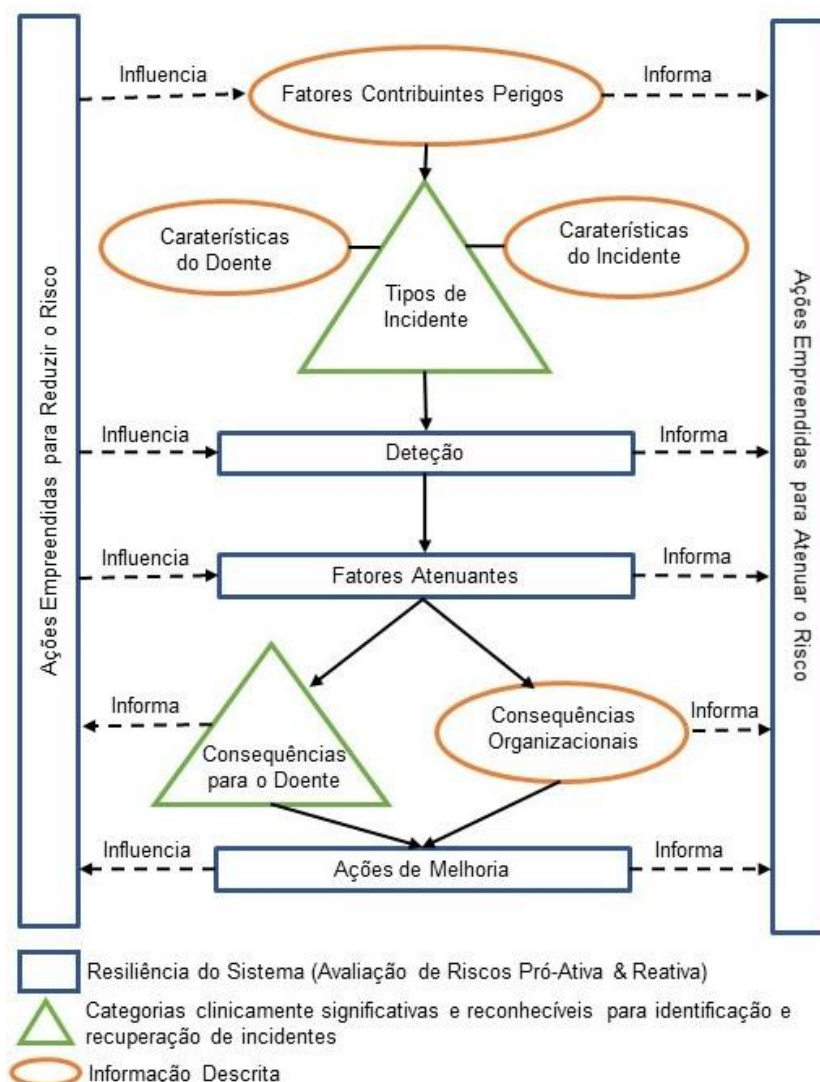


Figura 1 - Caracterização da Segurança do Doente. Fonte: Adaptado de World Health Organization; 2009 ^{13 pp.8}

O quadro conceptual representado na figura engloba o Sistema de Segurança nas suas dez categorias: Tipo de Incidente, Consequências para o Doente, Caraterísticas do Doente, Caraterísticas do Incidente, Fatores Contribuintes para os Perigos, Consequências Organizacionais, Detecção, Fatores Atenuantes do Dano, Ações de Melhoria e Ações para Reduzir o Risco¹³.

As categorias com significado clínico são o “Tipo de Incidente” e as “Consequências para o Doente” que se destinam a agrupar os Incidentes e as Consequências para o Doente, e que permitem identificar os Incidentes e estabelecer estratégias de recuperação para os mesmos. As Caraterísticas do Doente, as Caraterísticas do Incidente, os Fatores Contribuintes e as Consequências Organizacionais permitem apurar o contexto em que o Incidente ocorreu. A Detecção, os Fatores Atenuantes, as Ações de Melhoria e as Ações empreendidas para Reduzir o

Risco constituem-se como os fatores responsáveis pela prevenção e recuperação do Incidente.

Com a crescente problemática associada aos Eventos Adversos (EA) na saúde, o Conselho da União Europeia¹⁴ emitiu também em 2009 uma recomendação sobre a Segurança dos Doentes (2009/C 151/01) com o intuito de incentivar o desenvolvimento de políticas e ações para fazer face aos problemas relacionados com a Segurança dos Doentes ao nível da União Europeia. Das medidas referidas neste documento destacam-se a colaboração com a indústria da tecnologia da saúde no desenvolvimento de uma melhor conceção de Segurança do Doente, o desenvolvimento de Políticas Nacionais e Institucionais para a Segurança do Doente, e o estabelecimento de Sistemas de Notificação e de Aprendizagem não recriminatórios sobre EA, estabelecendo um ambiente de notificação aberto, justo e não punitivo¹⁴. Novamente o foco remete para a necessidade de ensino e formação dos profissionais de saúde, para a partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas a nível nacional e internacional, e para o desenvolvimento de investigação na área da Segurança do Doente¹⁴.

Em Portugal, implementou-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Este apresenta como objetivos estratégicos: aumentar a Cultura de Segurança do ambiente interno, aumentar a Segurança na Comunicação, aumentar a Segurança Cirúrgica, aumentar a Segurança na utilização da Medicação, assegurar a Identificação inequívoca dos Doentes, prevenir a ocorrência de Quedas, prevenir a ocorrência de Úlceras por Pressão (UPP), assegurar a Prática Sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes, e prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as Resistências aos Antimicrobianos¹⁵. Com estas medidas procura-se promover a Segurança dos Doentes e a melhoria da Qualidade na prestação de cuidados de saúde.

2.1. Definições

Neste capítulo são apresentadas as definições de alguns conceitos chave, nomeadamente o de Erro, de Incidente, de Evento Adverso, de Evento Sentinela e de *Near Miss*. Pretende-se apresentar o panorama geral dos conceitos que envolvem a Gestão do Risco, encontrando-se, no final, uma tabela resumo englobando as definições utilizadas ao longo do presente estudo.

2.1.1. O Erro

O ICPS define o Erro como uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado, ou o desenvolvimento incorreto de um plano^{8,13}. Fragata¹ acrescenta que a utilização de um plano errado para atingir um objetivo pode também ser considerado um Erro.

Os Erros podem manifestar-se por prática da ação errada ou aplicação incorreta da mesma, sendo um Erro Ativo, ou por não conseguir praticar a ação correta, sendo um Erro Passivo, podendo ocorrer quer na fase de planeamento que execução da ação^{1,13}. Estes erros devem-se a fatores individuais ou do sistema, estando incluídos no último os erros da organização, nomeadamente o planeamento diário, planeamento em caso de emergência, acessibilidade ao equipamento, falta de sistemas de comunicação eficazes, supervisão inadequada e um ambiente de trabalho stressante¹⁶.

De acordo com Reason¹⁷ o erro pode classificar-se de duas formas: Falhas e Lapsos, quando estamos perante Erros de execução de um determinado plano ou ação que são os adequados para a situação, ou Erros, quando estamos perante a aplicação de um plano ou ação que não são os adequados para a situação.

O mesmo autor distingue os Erros das Violações. Enquanto os primeiros resultam de problemas de informação, dependem do estado cognitivo de indivíduo e podem ser reduzidos através de sessões informativas, os segundos estão associados a problemas motivacionais, ocorrendo num contexto social regulado e cuja resolução passa por medidas a nível motivacional e organizacional¹⁷. Outros autores acrescentam que as Violações ocorrem quando existe uma intenção de não seguir os protocolos e recomendações instituídos, podendo ocorrer por rotina ou de forma excecional, sendo que as primeiras resultam de falhas graves no sistema e são de complexa resolução¹⁸.

O Erro Honesto é um erro cometido por pessoas que cumprem as suas obrigações e que atuam de acordo com as boas práticas e regras estabelecidas, errando apenas porque são humanas¹.

O Erro por Negligência é um erro provocado por indivíduos ou organizações que não cumprem as regras estabelecidas e atuam de forma insegura, violando as boas práticas¹. Estes podem ser pontuais, como no decurso de uma situação de emergência, ou situacionais, relacionados com as condições de trabalho do indivíduo.

O Erro Sem Dano é um Incidente em que o evento chega ao doente, podendo causar dano, mas que por sorte ou por deteção atempada não o chega a fazer^{1,13}. Neste

caso, o erro ocorre e chega ao doente, mas não causa dano por sorte ou por intervenção casual. Não existe necessariamente intenção do profissional para evitar o erro, ao contrário do que se verifica no *Near Miss* em que existe intenção de evitar o Erro.

2.1.2. Incidentes

De acordo com o ICPS¹³ um Incidente pode ser definido como um Evento ou Circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.

Fragata¹ define Incidente como todas as ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo, mas que não comprometem o seu resultado final, sem consequências de relevo, permitindo completar o projeto terapêutico.

2.1.3. Eventos Adversos e Evento Sentinela

Os Eventos Adversos (EA) consistem em ocorrências indesejáveis que causam danos, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão, sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença¹.

O Conselho da União Europeia¹⁴ descreve um EA como um Incidente do qual resulta dano para o Doente. Por seu lado define dano como algo que implica a deterioração da estrutura ou de funções do organismo e/ou quaisquer efeitos prejudiciais que daí advenham¹⁴. Não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser ou não evitáveis e causar desde danos físicos a transtorno no decorrer do tratamento.

O Evento Sentinela consiste num EA inesperado, de gravidade elevada, que tem consequências físicas ou psicológicas graves, podendo mesmo causar a morte do doente^{1,16}. Estes requerem obrigatoriamente uma investigação para se apurar as causas do mesmo e eliminar os fatores de risco que contribuíram para tal.

2.1.4. Near Miss

O *Near Miss* pode ser definido como um Incidente que só não culminou em dano por sorte ou intervenção atempada de um profissional de saúde^{1,8}. Neste caso, o profissional identifica precocemente a situação e tem intenção de a evitar. Estas situações são importantes uma vez que podem ser reportadas, permitindo conhecer as falhas do sistema, melhorando-as e prevenindo as consequências.

2.1.5. Quadro Síntese

No quadro seguinte são apresentadas as definições dos conceitos chave utilizados ao longo do presente estudo e as características de cada um.

Definições	Caraterísticas
Erro	Falha na execução de uma ação planeada ou desenvolvimento incorreto de um plano.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Salvaguarda-se que pode não resultar em dano.
Evento Adverso	Incidente do qual resulta dano desnecessário para o doente.
Near Miss	Incidente que só não culminou em dano para o doente por sorte ou intervenção atempada do profissional de saúde. Profissional identifica a situação precocemente e tem intenção de a evitar.
Erro Sem Dano	Incidente que só não culminou em dano para o doente por sorte ou intervenção atempada do profissional de saúde. O profissional identifica a situação, mas não tem necessariamente intenção de a evitar.

Tabela 1 - Quadro Síntese dos Conceitos Chave

2.2. O Erro em Saúde

“Managing the human risks will never be 100% effective. Human fallibility can be moderated, but it cannot be eliminated.” ¹⁷.pp.88

Os EA constituem um grave problema de Saúde Pública¹⁴, podendo ocorrer em contexto hospitalar, de cuidados de saúde primários e cuidados de longa duração¹⁹. Independentemente do contexto onde ocorrem afetam o sistema de saúde, a sociedade, os doentes e suas famílias^{14,19}. Acrescem consequências como a perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, o aumento dos custos económicos e financeiros, e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados em saúde²⁰. Os custos financeiros associados a estes eventos têm também um impacto significativo nos sistemas de saúde dos diferentes países, sendo estimado que 10-15% das despesas em saúde são afetadas diretamente às consequências do EA que causou dano ao doente¹⁹.

Nos Estados Unidos da América cerca de 300 000 doentes morrem por ano devido a erros médicos e EA²¹. Em Portugal, a taxa de incidência de EA no ano 2009, em contexto hospitalar, foi de 11,1%, sendo que destes 53,2% são preveníveis²². Ademais, 70,8% dos EA resultou em dano para o doente, acrescentando um custo total de 470.380 euros²². A prevenção de EA constitui-se como fundamental para alcançar as metas de Segurança do Doente e melhoria contínua da Qualidade.

Numa abordagem tradicional ao estudo dos EA o objetivo primordial passava por encontrar o indivíduo responsável pelo evento e consequências do mesmo, aplicando, em seguida, medidas punitivas^{17,8,21}. Com o desenvolvimento da investigação percebeu-se que estes eventos raramente poderiam ser atribuídos apenas a um indivíduo, sendo resultado de uma combinação de inúmeros fatores.

Cernadas e co-autores²¹ apontam como fatores influenciadores dos Erros realizados pelos profissionais de saúde a falta de atenção, *stress*, *burnout*, défices de conhecimento e falta de compreensão das regras e protocolos. Outros autores acrescentam as condições de trabalho, físicas e tecnológicas, a gestão dos recursos disponíveis, o tempo disponível para a realização das atividades, a complexidade das mesmas, a carga de trabalho, as condições psicológicas e cognitivas, como alterações da memória, atenção e concentração, bem como fadiga, privação de sono, distrações, *stress* e ansiedade como fatores facilitadores para a ocorrência do Erro^{8,18}.

Em 1979, Bullock identificou quatro componentes necessários para a segurança de um sistema de produção, que conceptualizou na “*Nertney Wheel*”¹⁸. Esta estrutura permite identificar, entre os fatores relacionados com o local de trabalho, os pontos que podem levar à ocorrência do Erro. A figura abaixo representa os componentes da “*Nertney Wheel*”: pessoas competentes, equipamento adequado, práticas de trabalho seguras e ambiente de trabalho controlado.



Figura 2- “*Nertney Wheel*” de Bullock (1979). Fonte: Adaptado de Bonsu et al.; 2016 ¹⁸ pp.779

A competência dos profissionais para o desenvolvimento de uma determinada atividade é fundamental para o sucesso da mesma. Caso a pessoa não tenha ainda desenvolvido a competência necessário para realizar uma determinada atividade a probabilidade de ocorrer um Erro é superior¹⁸.

O equipamento deve ser o adequado para as necessidades. Para cada atividade deve existir o equipamento adequado para a realização da mesma, uma vez que a adaptação ou utilização de equipamentos não adequados influencia o resultado da atividade e pode levar à ocorrência de erros¹⁸.

As práticas de trabalho seguras permitem realizar as atividades de forma segura e alcançar um resultado positivo. Para tal, é necessário o cumprimento dos protocolos e *guidelines* instituídos para a realização de determinada atividade. O não seguimento dos mesmos pode levar a falhas no processo e ter consequências danosas¹⁸.

O ambiente que envolve os profissionais deve permitir a realização das atividades de forma segura. O ajuste da luminosidade, temperatura, ruído, disposição

do espaço, o envolvimento dos colegas e da equipa de gestão, constituem barreiras de segurança à ocorrência de EA¹⁸.

Podemos inserir neste ambiente a necessidade de uma Cultura de Segurança organizacional bem cimentada, associada a um clima de segurança no qual os profissionais estão dispostos a notificar os Erros e *Near Misses* sem sentirem receio de ações punitivas ou discriminação, tendo o apoio dos pares e superiores^{8,21,23}.

Lawati e co-autores²³ identificaram três pontos nos quais é necessário intervir para prevenir e diminuir a ocorrência de EA. Numa primeira fase deve fomentar-se a Cultura de Segurança da instituição, identificando as áreas e práticas a melhorar, incluindo a necessidade de uma resposta não punitiva aos Erros. Nas fases seguintes o foco prende-se com a resolução de problemas como o número inadequado de profissionais de saúde e a comunicação entre os mesmos, no sentido de possibilitar abertura e confiança para discutir os Erros e Falhas detetados²³.

A Direção Geral da Saúde (DGS) refere que as Falhas na Comunicação são uma das principais causas de EA a nível internacional, com 70% dos eventos a ocorrer devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde nos momentos de transição de cuidados do doente²⁴. As falhas identificadas nos momentos de transição de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades²⁴. Desta forma, a DGS defende a Comunicação Eficaz entre profissionais de saúde, definindo-a como a “Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”^{24pp.8}.

A importância e envolvimento dos doentes e familiares na prevenção do Erro deve ser reconhecida. São eles que melhor conhecem a situação clínica, sendo capazes de detetar falhas de comunicação nas passagens de turno, por exemplo⁸. Em contexto neonatal e pediátrico este envolvimento é fundamental²⁵ não só pelos pilares da prestação de cuidados de saúde à criança e família, os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados Não Traumáticos (CNT), mas também porque esta ser uma população vulnerável e mais disposta à ocorrência de EA²⁶.

A Gestão do Risco foi desenvolvida por Dickson em 1995 como forma de mitigar a ocorrência e as consequências de um EA. Este mecanismo de gestão da exposição a um risco, permite reconhecer os eventos que podem resultar em dano ou ter consequências negativas no futuro, a sua gravidade e a forma de os controlar²⁷. Deve ser vista como uma ferramenta positiva para identificar, medir e controlar os riscos, de

forma a alcançar os objetivos da instituição²⁷, nomeadamente no que respeita à Segurança do Doente e melhoria da Qualidade dos cuidados.

Após a identificação do risco, deve avaliar-se o impacto que este terá na instituição e tentar reduzi-lo ao mínimo. Inicialmente adotaram-se medidas que se posicionavam contra os profissionais de saúde, nomeadamente a adoção de novos procedimentos e protocolos, aposta na automatização e, por vezes, culpabilização e punição dos profissionais, no entanto a sua efetividade foi reduzida, tendo sido descontinuadas¹⁷. Ao aplicar as medidas para redução do risco é necessário considerar que as pessoas não procuram cometer Erros, que a componente psicológica que leva à ocorrência de Erros não é simples de gerir, que os acidentes são multifatoriais e podem envolver vários intervenientes, que as medidas de segurança também podem falhar e que a automatização não resolve as falhas humanas, apenas alterando a natureza das mesmas¹⁷. Estes motivos tornam a Gestão do Risco uma atividade complexa que deve envolver profissionais competentes e totalmente dedicados à investigação dos EA².

2.2.1. The Swiss Cheese Model

Um dos modelos utilizados pela Gestão do Risco é o *Swiss Cheese Model*, proposto por James Reason, como paradigma de análise de Erros médicos e Incidentes na Segurança dos Doentes.

De acordo com este modelo, num sistema complexo, como é o sistema de saúde, existem barreiras de segurança ao longo de todo o processo, nomeadamente barreiras tecnológicas, barreiras constituídas por profissionais e barreiras com controlo administrativo e procedimentos²⁸. No entanto, estas barreiras não são totalmente eficazes, estando expostas a fraquezas ou falhas, de forma aleatória e inconstante. Reason refere que uma fraqueza ou falha numa das barreiras por si só não causa consequências²⁸. O problema verifica-se quando ocorre um alinhamento das falhas ou pontos fracos existentes, acabando o Erro por passar e chegar ao doente, provocando o Dano^{28,29}. Note-se que as falhas ativas, as falhas passivas e as barreiras resultam da interação entre o homem e o sistema. A figura abaixo representa o alinhamento das falhas presentes nas diferentes barreiras protetoras dos cuidados de saúde, e que resultam em Dano para o doente.

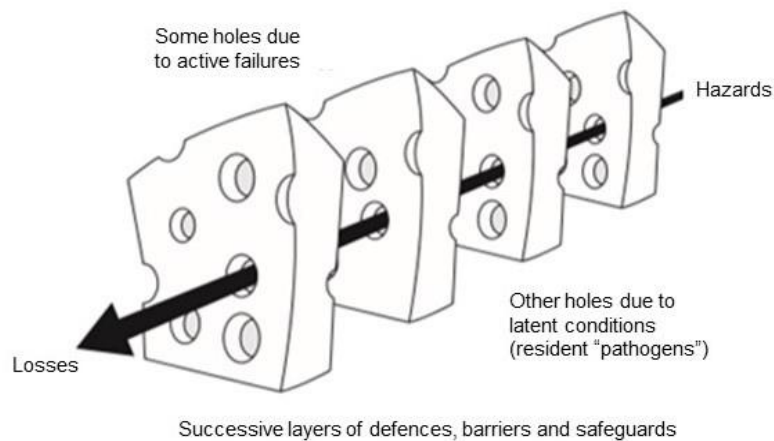


Figura 3 - The "Swiss Cheese" Model. Fonte: Reason et al.; 2001 ²⁹ pp. ii21

Reason refere que as falhas ou fraquezas que originam o Erro podem ser ativas ou passivas¹⁷. As falhas ativas podem ser definidas como atos não seguros, isto é, erros ou violações de protocolos, cometidos por profissionais da linha da frente na prestação de cuidados, como médicos e enfermeiros, e cujo impacto no doente é direto e pode ter consequências imediatas¹⁷. As falhas passivas resultam da tomada de decisão pelos profissionais de topo da instituição, podendo manter-se sem consequências por longos períodos de tempo, mas que, quando combinadas com outros fatores – *trigger factors* – tornam-se evidentes e culminam em Dano para o doente^{17,18}.

Reason refere que existem duas abordagens ao problema do Erro: a abordagem pela Pessoa e a abordagem pelo Sistema²⁸. A abordagem pela Pessoa tem o seu foco nos erros individuais dos profissionais da linha da frente, com a culpabilização dos mesmos e aplicação de medidas punitivas²⁸. Por outro lado, a abordagem pelo Sistema tem como premissa que o profissional é falível, aceitando o Erro como consequência, e não causa, da ação humana, pelo que o seu foco é nas condições sob as quais os profissionais trabalham e na construção de barreiras para evitar ou minimizar a ocorrência de Erros²⁸.

A condição humana não é passível de ser controlada nem gerida, o que torna a abordagem pelo sistema aparentemente mais eficaz no controlo da ocorrência dos EA. As condições em que os profissionais trabalham e os recursos que têm à sua disposição podem ser alterados e adaptados para uma maior segurança na prevenção da ocorrência de EA³⁰.

A figura abaixo representa a ocorrência de um Incidente a nível organizacional¹⁸. As decisões de gestão e os processos organizacionais podem originar falhas latentes que influenciam as barreiras de segurança na prestação de cuidados de saúde. Por

outro lado, também influenciam diretamente as condições de trabalho, com os erros e violações relacionados com as condições de produção. Estas podem originar erros e violações, falhas ativas, que vão penetrar as barreiras de segurança, já fragilizadas pelas falhas passivas, e atingir o doente, causando dano.

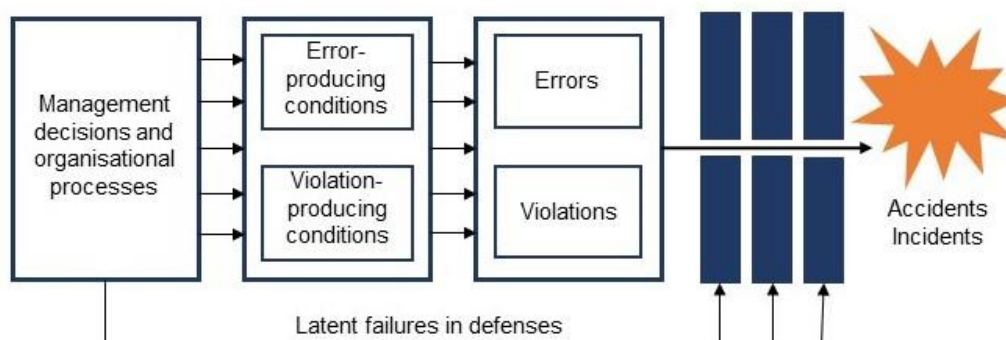


Figura 4 - Fases de desenvolvimento de um incidente organizacional. Fonte: Reason; 1995 ^{17 pp.83}

Reason e outros investigadores identificaram conjuntos de patologias organizacionais, presentes em todas as organizações com maior ou menor destaque, e que predispoem algumas instituições a uma maior ocorrência de EA. Este facto foi apelidado de *vulnerable system syndrome*²⁹. Esta síndrome inclui três elementos em interação: culpabilização dos profissionais da linha da frente, negação da existência de Erros sistémicos que causam fraquezas, e a preocupação com fatores de produção e financeiros²⁹. O reconhecimento da presença destes elementos na instituição é essencial para uma Gestão do Risco efetiva.

2.3. Notificação de Eventos Adversos

“the inevitability of error leads to more than acceptance, but also to their ‘normalisation’. This is where some common mistakes are regarded as routine and normal within the context of medical work, and in consequence these events are not perceived as problematic or worth reporting”^{31 pp.1931-32}

A segurança na saúde é um alvo em movimento³². A constante evolução tecnológica e científica torna cada vez mais ténue a linha que separa o risco da prevenção. É neste contexto que começam a surgir EA evitáveis.

Ao longo do restante estudo será utilizada a designação “Evento Adverso” como abrangente das restantes definições apresentadas anteriormente.

Os EA constituem um problema de saúde pública, acarretando um elevado peso económico, considerando os recursos limitados da saúde, uma vez que estão diretamente relacionados a falhas no decorrer da prestação de cuidados de saúde^{14,19}.

A Notificação de Eventos Adversos (NEA) permite identificar falhas e erros no processo da prestação de cuidados de saúde. O seu objetivo principal prende-se com a aprendizagem organizacional³³, sendo esta definida como um processo de criação e aplicação de conhecimento válido de forma a permitir à organização melhorar³².

Para que a aprendizagem seja o mais proveitosa possível vários autores reforçam a necessidade de uma mudança de foco, passando da notificação de EA por si só para a notificação de *Near Misses* e situações potencialmente geradoras de perigo para o doente^{32,33,34}.

Quando se notifica uma situação ou ocorrência é necessário que o notificador tenha presente a origem do Incidente, as pessoas envolvidas, a fase de prestação de cuidados e o local em que ocorreu, as características do incidente, e os fatores contribuintes e atenuantes do dano quando vai notificar uma situação¹³. Este detalhe contribui para Qualidade da notificação e permite uma investigação completa, aparentemente com elevado valor para a aprendizagem institucional³⁴. Por outro lado, uma notificação retrata sempre a visão que um indivíduo tem da situação, estando sujeita aos fatores comportamentais, sociais e institucionais, bem como as crenças e valores do notificador. Assim, reforça-se novamente a necessidade de uma investigação completa levada a cabo por vários intervenientes com experiência em investigar EA³⁴.

Alguns autores referem que investigação deve ser realizada por um profissional familiarizado com a prática clínica e que disponha de tempo para a mesma, por ser ela que vai permitir identificar a causa subjacente ao EA, identificar possíveis fatores de risco e emanar recomendações, focando os pontos de aprendizagem principais, com vista à melhoria da Segurança clínica e dos doentes³⁵.

Alguns autores afirmam que quando ocorre uma situação o profissional tem duas opções: resolver e esquecer ou resolver e reportar³³. Dão como exemplo os EA relacionados com a terapêutica. Perante um erro de prescrição de uma dose de terapêutica, detetado por um enfermeiro, este tem duas opções: administrar a dose correta e esquecer que ocorreu um erro de prescrição, ou clarificar a prescrição com o médico, administrar a dose correta e notificar o incidente, de forma a prevenir que este se repita no futuro³³.

Num estudo realizado pelos mesmos autores com o objetivo de perceber que atitude os profissionais tomavam quando deparados com um Erro, tendo como premissa as opções acima descritas, concluíram que os enfermeiros optam maioritariamente por resolver o EA e esquecer, ao invés de o resolver e notificar³³. Daqui se infere que os Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNIEA) não servem para medir de forma exata a ocorrência dos mesmos, uma vez que a não notificação não é sinónimo de ausência de EA.

A Adesão à Notificação de Eventos Adversos (ANEA) também parece depender do nível de gravidade do EA, do tipo de Incidente e da profissão³⁶. É consensual que os profissionais de saúde registam com maior frequência os EA mais graves, que incluem a morte, incapacidade e dano grave provocados ao doente, quando comparados com os EA não prejudiciais ou situações de risco^{37,38,39}. Enquanto que, por um lado, os médicos sentem segurança na resolução das situações e problemas dentro da equipa, por isso lhes conferir um sentimento de controlo que querem preservar³¹, por outro, os enfermeiros veem a resolução dos problemas como um sinal da sua experiência profissional e competência^{33,40}, motivos pelos quais não veem sentido na notificação de situações potencialmente perigosas para o doente nem EA. No entanto, uma revisão sistemática de Polisena³⁶ refere que é três vezes mais provável os enfermeiros notificarem EA quando comparados com os médicos.

Embora os profissionais de saúde reconheçam a importância do reporte dos EA para a Segurança do Doente e melhoria da Qualidade dos cuidados de saúde, a adesão à sua notificação mantém-se baixa⁴¹. A ANEA por parte dos profissionais de saúde é multicausal, sendo vários os motivos apontados para a não notificação de situações que coloquem em risco o doente.

O papel desempenhado pela Cultura da instituição aparece referido com maior frequência^{31,41,42}. Uma instituição que foque o Erro com o intuito de atribuir culpa e aplicar medidas punitivas, com impacto negativo na carreira profissional, terá uma ANEA mais baixa quando comparada com uma instituição cuja Cultura seja de segurança, reporte e aprendizagem como formas de melhoria da Segurança dos Doentes e da Qualidade^{25,31}. Cooper⁴³ refere que notificações que apontem fatores relacionados com os profissionais como contribuintes para o Incidente são facilmente associados a culpabilização direta dos profissionais, o que não se verifica em notificações que identifiquem fatores relacionados com o equipamento ou doente. Um estudo realizado em Portugal concluiu que, apesar do reconhecimento de que a Cultura de Segurança é fundamental para a Qualidade de cuidados em saúde, se mantém o predomínio da perceção de que as Falhas na Segurança do Doente resultam em ações punitivas para

os profissionais⁴⁴. O estudo afirma que se vive um paradigma de ocultação com 80% dos enfermeiros a revelar que não notificou qualquer EA em 2010⁴⁴.

Destacam-se ainda o receio da culpabilização, a rejeição da burocracia, receio de sanções administrativas, penalidades legais, a percepção de que o reporte não tem impacto na qualidade dos cuidados, a falta de suporte organizacional, feedback tardio ou inadequado, falta de conhecimento sobre sistema de notificação de EA e sobre o que constitui um erro, como fatores desmotivadores à Notificação de Eventos Adversos (NEA)^{31,36,41,42}. Acrescem o tempo necessário ao preenchimento do reporte, bem como o detalhe requerido, a trivialidade do incidente, o esquecimento ou excesso de trabalho, o desconhecimento a quem pertence a responsabilidade de notificar⁴⁰, mas também a inacessibilidade ao sistema de reporte de EA³⁶.

A carência de recursos humanos em saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais, pode influenciar a Segurança do Doente e Qualidade dos cuidados prestados, bem como a ANEA⁴⁵. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)⁴⁶ refere que o número de enfermeiros se mantém inferior ao necessário para dar resposta à carga de trabalho existente, resultando numa sobrecarga horária e funcional dos enfermeiros. As condições laborais em saúde, acima descritas, podem provocar uma necessidade de reorganizar os cuidados de saúde prestados colocando o foco dos profissionais de saúde nos doentes e na resolução rápida de situações potencialmente geradoras de perigo ou de Erros que tenham ocorrido, passando para segundo plano as questões com um cariz burocrático como é a NEA. Este comportamento não favorece a Segurança a Doente nem a Qualidade dos cuidados a longo prazo por não permitir identificar atempadamente de situações de perigo e o contexto em que ocorreu o Erro.

A visão do Erro como algo inevitável, influencia a decisão dos profissionais para a NEA³¹, conduzindo ao estabelecimento e manutenção de uma Cultura baseada na aceitabilidade e normalização do Erro, apoiada na dificuldade em ver benefícios na notificação. Por outro, sabe-se que a NEA salvaguarda os profissionais de saúde de se depararem com os mesmos problemas repetidamente e fornece a oportunidade de identificar e resolver falhas no sistema³³.

De forma a mitigar as barreiras à NEA foram implementadas algumas estratégias: existência de um sistema de notificação de EA simples e intuitivo, com possibilidade de notificar como anónimo⁴¹, a melhoria da acessibilidade a esses sistemas³⁶, um feedback atempado e direto ao profissional, com a indicação das mudanças que podem ser efetuadas^{34,41}, formação contínua sobre a importância da

notificação, o que notificar e como o fazer, a profissionais que a possam replicar nos serviços onde exercem funções^{36,41,42}, e o reconhecimento do papel de todos os profissionais na notificação de *Near Misses* ou de EA, independentemente de ser em anónimo ou com identificação do profissional^{34,41}. Louis⁴¹ salvaguarda que, apesar de a notificação em anónimo contribuir de forma positiva para o reporte de EA, a notificação com identificação do notificador permite uma recolha de dados mais completa, com possibilidade de questões de seguimento se necessário, e a identificação de padrões de erro, permitindo o delineamento de estratégias individualizadas.

As medidas apresentadas constituem-se como fatores facilitadores da ANEA e contribuem para o fortalecimento de uma Cultura organizacional de reporte e aprendizagem⁴⁷. Este tipo de Cultura organizacional permite que os profissionais partilhem os seus erros e as suas dúvidas, num contexto de aprendizagem partilhada, sem sentimento de culpa e sem receio de represálias, mantendo o profissionalismo e a responsabilidade pelos atos praticados⁴⁸.

A utilização do Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNIEA) teve início na indústria aeronáutica, tendo sido posteriormente transposta e adotada para a saúde. A questão a ressaltar neste processo prende-se com os objetivos que cada indústria tinha para o sistema. Enquanto o foco da aeronáutica se prendia com a qualidade do reporte e da investigação do Incidente, com vista à melhoria da Qualidade e Segurança, através da aprendizagem dos profissionais, a indústria da saúde procurou aumentar o reporte de Incidentes, preocupando-se com a quantidade, parecendo descurar a qualidade, investigação e a aprendizagem dos profissionais³⁴.

2.3.1. Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

Os SNIEA são um método de reporte de erros que permitem a aprendizagem individual e organizacional, através da obtenção de informação sobre a Segurança do Doente^{14,49}.

Os benefícios de ter um SNIEA são simples e prendem-se com a possibilidade de aprendizagem com os eventos ocorridos, com a monitorização de padrões que permitem a identificação precoce de potenciais riscos para os doentes, e com a criação de uma base de dados atualizada com informação sobre as causas do EA ocorrido³⁵. Esta permite à instituição manter as suas políticas de segurança atualizadas e ser

proativa na adoção de medidas preventivas e corretivas dos EA³¹, bem como manter registos fidedignos e atualizados no caso de um processo judicial³⁵.

Por outro lado, os SNIEA apresentam também algumas limitações e desvantagens, nomeadamente o custo de aquisição e manutenção do sistema, a promoção inadvertida de uma cultura de culpabilização e punição, o consumo temporal necessário para o registo, análise e emissão de *feedback*, o incentivo inadvertido de práticas clínicas defensivas ao invés de seguras, e a dificuldade de assertividade e imparcialidade na notificação das situações³⁵.

A sua utilização na área da saúde remonta há vários anos, no entanto a sua multiplicação ocorreu a partir da publicação de *“To Err is Human”*. Antes desta publicação já havia países com SNIEA implementados, como é o caso do *Advanced Incident Monitoring System* (AIMS) nos hospitais públicos da Austrália em 2005, do *National Reporting and Learning System* (NRLS) no Reino Unido em 2003, e do *STARSwab IRS* na Irlanda em 2004⁴⁹.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) foi disponibilizado aos profissionais de saúde e aos cidadãos em 2012, tendo sido baseado nas recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia. Foi apresentada como uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de Incidentes e EA, cuja notificação era voluntária do profissional e/ou do cidadão⁵⁰. O seu objetivo era o desenvolvimento de uma análise das causas do EA e de medidas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se repetissem⁵⁰.

Em 2014, DGS reformula e reconfigura o sistema SNNIEA, passando este a designar-se Sistema Nacional de Incidentes-NOTIFICA⁵¹. O novo sistema mantém os pressupostos do anterior, mantendo-se como uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, de notificação voluntária. O profissional de saúde pode notificar os EA diretamente na plataforma NOTIFICA, de forma anónima e confidencial, ou no sistema de notificação de eventos adversos disponibilizado pelo hospital onde trabalha, podendo fazê-lo de forma anónima ou com a sua identificação hospitalar, o número mecanográfico. As notificações do sistema hospitalar são posteriormente categorizadas e colocadas na plataforma NOTIFICA por profissionais pertencentes à Gestão do Risco.

3. Erro em Pediatria

A população neonatal e pediátrica detém uma maior vulnerabilidade no que respeita à ocorrência de EA²⁶.

Nos Estados Unidos da América a incidência de erros médicos em contexto pediátrico é de 9%, sendo que destes 5% ocorrem em unidades com tratamentos emergentes⁵². Apesar da carência de estudos sobre esta matéria em Portugal, estima-se que as unidades hospitalares nacionais apresentem nível de fiabilidade similar aos dos outros países⁵³.

A prestação de cuidados de saúde à população pediátrica é realizada, maioritariamente, em hospitais pensados e estruturados para a população adulta, pelo que desenvolver infraestruturas específicas para a prestação de cuidados à população pediátrica contribuirá para a diminuição dos *Near Misses*, Incidentes e EA no presente⁵⁴, e, desta forma, para a melhoria contínua da Qualidade e Segurança dos cuidados no futuro. Também a prestação de cuidados à população pediátrica num hospital com ensino universitário parece ter influência na incidência de EA. Um estudo realizado entre 2008 e 2009 no Canadá, comparando Centros Académicos Pediátricos e Hospitais Comunitários, aponta que as crianças hospitalizadas em hospitais com ensino universitário se encontram mais suscetíveis à ocorrência de EA, com uma taxa de incidência de EA de 9,2% quando comparada com a dos adultos de 7,2%⁵⁵. Esta incidência parece estar relacionada com a complexidade de cuidados prestados, pela presença constante de inúmeros e diferentes cuidadores e estagiários, bem como diferenças na documentação clínica do doente. Compreende-se a necessidade de aprendizagem e formação profissional, em diferentes contextos, de forma constante e ao longo do tempo, no entanto destaca-se a necessidade de maior cuidado e atenção aos contextos de ensino, particularmente quando envolvem a população pediátrica.

As crianças encontram-se sempre associadas a uma família ou cuidador, pelo que a prestação de cuidados deve ser partilhada e direcionada à totalidade do agregado familiar. Neste sentido, a prestação de cuidados à população neonatal e pediátrica assenta em dois pilares fundamentais: Cuidados Centrados na Família (CCF) e Cuidados Não Traumáticos (CNT).

Os CCF são uma forma de cuidar das crianças e dos seus familiares nos serviços de saúde, garantindo que os cuidados são planeados incluindo toda a família e não apenas a criança, ou seja, o objetivo é garantir que todos os membros beneficiam do plano de cuidados⁵⁶. A família é vista como uma constante na vida da criança e, por

esse motivo, deve ser capacitada para colaborar na prestação de cuidados⁵⁷. Esta filosofia assenta em quatro princípios gerais, sendo eles o respeito e a dignidade, a partilha de informações, a participação e a colaboração^{58,59}. Ao incluir a família nesta transição de saúde-doença estamos a contribuir para a diminuição do impacto negativo da hospitalização tanto nos recém-nascidos (RN) e crianças como nos pais ou cuidadores.

Os CNT integram a filosofia dos CCF e pressupõem o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou diminuam o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e família⁵⁷. O principal objetivo dos CNT é não causar dano, sendo que para tal é necessário prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor⁵⁷. Novamente, a presença do familiar ou cuidador significativo para a criança ao longo da hospitalização permite uma diminuição do impacto negativo da mesma e a colaboração constante na prestação de cuidados à criança.

A população neonatal e pediátrica detém características únicas que a tornam vulnerável e suscetível à ocorrência de Erros e EA²⁶. A imaturidade dos sistemas orgânicos, aliada a uma condição de doença, predispõe as crianças a cuidados de saúde complexos, que incluem a administração de vários medicamentos, procedimentos invasivos e estadias prolongadas no hospital⁸. Num contexto em que as decisões têm de ser tomadas rapidamente por uma equipa multidisciplinar e em que os protocolos disponíveis nem sempre se adequam à situação geral do RN, é possível identificar inúmeras oportunidades para ocorrência de falhas de comunicação entre a equipa e, assim, provocar situações potencialmente geradoras de perigo, Erros ou EA²⁵. Neste contexto, a partilha da responsabilidade pelas situações menos positivas é fundamental para uma Cultura de Segurança bem cimentada. Matlow⁵⁵ refere que a ocorrência de EA e Erros é superior em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos pelas características da população que nelas se encontram.

A Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) deve ser robusta e assentar na premissa de que a identificação e notificação do Erro é fundamental, não só para que se compreenda e elimine as suas causas, mas também para a implementação de estratégias de prevenção²⁵.

Os pais dos RN e crianças têm um papel fundamental na prevenção do Erro e promoção da Segurança, por identificarem alguns dos erros antes da equipa multidisciplinar⁶⁰, temos como exemplo o caso de erros na transmissão de informação

durante as passagens de turno. Para que a relação pais/cuidadores e profissionais de saúde seja frutuosa o fator chave para o sucesso é a confiança dos pais na equipa e a confiança da equipa nos pais⁶¹. Se existir confiança na equipa multidisciplinar, os pais sentem-se confortáveis para partilhar as suas preocupações, dúvidas e opiniões sobre os cuidados a prestar ao seu filho, incluindo a identificação de um erro que possa ter acontecido⁶¹. O mesmo se verifica com a equipa multidisciplinar, no caso de ocorrer um erro esta deve sentir-se confortável para partilhar com os pais o sucedido⁶¹. Este tipo de comportamento não só contribui positivamente para a construção de uma Cultura de Segurança²⁵, mas também vai ao encontro dos pilares da prestação de cuidados à criança, os CCF e CNT⁵⁷.

Por outro lado, sabe-se que os médicos apresentam alguma dificuldade em admitir os seus Erros, quer aos colegas quer aos pais²⁵. Os fatores que influenciam a decisão de assumir, ou não, o Erro, passam por contextos culturais e sociais, crenças e valores pessoais, condições de trabalho, características da relação entre colegas, bem como consequências pessoais e profissionais da ocorrência do Erro²⁵.

Pichert⁶² refere que se o Erro cometido e dano causados forem óbvios, estes devem ser assumidos e partilhados com os colegas e pais na íntegra. Por outro lado, se a causa do dano causado não for clara, deve ser conduzida uma investigação para a identificação da mesma, devendo os pais ser informados de que a esta não é clara e que existe uma investigação em curso⁶². De qualquer forma, os Erros e suas suspeitas devem ser sempre partilhados com os pais, explicando as suas consequências, de forma empática, sem atribuição de culpa, com vista ao fortalecimento da relação terapêutica, estabelecimento de confiança e sensação de segurança²⁵.

Um estudo realizado por Coffey⁶³ e coautores refere que os pais preferem ser informados de todos os erros relacionados com os seus filhos, incluindo aqueles que não causaram dano, referindo ainda que alguns pediatras defendem também a partilha desses erros com as crianças, dependendo do grau de dano causado e da idade das mesmas. Este ponto não parece ser consensual entre os pais, com estes a referir que preferem ser eles a decidir se a informação é ou não partilhada com os filhos, agindo como amortecedor entre estes e os médicos⁶³. Parece haver consenso no desejo e necessidade que os pais têm de presença, transparência, responsabilização, honestidade e apoio na relação com a equipa cuidadora dos seus filhos^{25,63}, com a maioria a referir que não deseja realizar processos judiciais se estes valores forem seguidos⁶³. No contexto neonatal e pediátrico, o estabelecimento de uma Cultura de Segurança, de transparência, confiança e reporte de EA parece ser a medida base para a Promoção da Segurança e Prevenção dos Erros³⁰.

Os Erros em Neonatologia podem ser agrupados em: Erros de medicação e alimentação parentérica total; Erros de cuidados respiratórios, ressuscitação e ventilação; Erros de procedimentos invasivos e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Erros de identificação de doentes; e Erros de diagnóstico⁸. Pela sua especificidade e complexidade identificam-se na literatura erros únicos das UCIN, destacando-se a administração de leite materno ao recém-nascido errado, administração inadvertida de leite materno por via endovenosa, e erros de diagnóstico ou tratamento por identificação errada do doente⁸.

Os principais Erros associados ao leite materno são a administração de leite fora da validade, a administração do leite não correspondente mãe-RN, e erros associados à preparação do leite materno⁶⁴. A mesma autora refere que a utilização de leite materno nas Unidades de Neonatologia pode ser equiparada à administração de medicação farmacológica, pelo que a taxa de ocorrência de Erro é similar. Desta forma, a oferta de leite materno nas UCIN requer o cumprimento um processo controlado. As recomendações atuais sugerem que o armazenamento e a preparação do leite materno sejam realizados num espaço centralizado e por profissionais específicos para o efeito, bem como a utilização de um sistema de código de barras para identificação do RN e do leite materno^{64,65}.

As IACS são também um bom exemplo de EA frequente em Neonatologia³⁰, nomeadamente a pneumonia associada a tubo endotraqueal (13,7%) e a sépsis associada a cateter vascular central por 1000 dias de internamento (6%)⁶⁶. Apesar da sua incidência vir a diminuir, mantém-se necessário o seguimento das estratégias de prevenção de infeções sugeridas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, da DGS.

Os Erros mais notificados em Pediatria e que ocorrem com maior prevalência, em diferentes contextos, são os relacionados com a medicação^{8,54}. Como fatores facilitadores à ocorrência deste tipo de erros apontam-se o facto de alguma da medicação utilizada em RN e crianças não ter sido testada rigorosamente através de ensaios randomizados controlados¹⁶, e pelo cálculo das doses ser realizado com base no peso da criança⁶⁷. Outros autores acrescentam que a taxa de ocorrência de Erros relacionados com a medicação e de EA, em Pediatria, é três vezes superior quando comparado com os adultos, principalmente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)^{21,68}.

Os erros relacionados com a medicação podem ser divididos nas suas diferentes etapas: a prescrição, a preparação e a administração da medicação^{67,21}. Em cada uma

destas etapas podem ser definidos os erros específicos: a troca de identificação do doente ou fármaco, a prescrição de doses e fármacos incorretos, a preparação e administração de dose e fármaco incorretas, administração por via, hora e ritmo errados, administração ao doente errado, entre outras^{21,67}. Sutheland⁶⁹ e coautores referem que os Erros mais frequentes ocorrem a nível da prescrição e da administração da medicação, destacando-se erros de dosagem e de administração em horas incorretas.

Os Serviços de Urgência Pediátrica (SUPed) são ambientes facilitadores para a ocorrência de EA⁵⁵, nomeadamente Erros relacionados com medicação, não só por incluírem doentes complexos com antecedentes pessoais desconhecidos para os profissionais de saúde, mas também pela especificidade de formulações e doses medicamentosas nesta população, constantes interrupções, utilização de sistemas tecnológicos sem características pediátricas, e inúmeras transições de cuidados⁶⁸. Também as crianças internadas em UCI se encontram mais vulneráveis, uma vez que a sua estabilidade hemodinâmica e de saúde está dependente de inúmeros fármacos em registo *life-saving*⁷⁰.

Um painel de peritos composto a pedido da *American Academy of Pediatrics* (AAP) propôs algumas estratégias para a redução de erros relacionados com medicação nos SUPed, e que podem ser aplicados nos outros contextos de prestação de cuidados. Destacam-se a utilização de soluções pré-feitas, utilização de fórmulas terapêuticas para a população pediátrica, utilizar um sistema de *barcode* aquando da administração da medicação e a elaboração de protocolos que guiem a administração da medicação^{67,68}. Preconiza-se também a revisão pelos pares, a melhoria da qualidade clínica e da educação, a formação da equipa através de simulação de situações clínicas^{8,67}, e a incorporação de uma biblioteca de fármacos nas bombas de perfusão, com um intervalo de doses seguras que alarme quando a dose programada não se enquadra nesse intervalo^{7,71}. A utilização de sistemas de prescrição eletrónica e de dispensa de terapêutica computadorizados demonstraram uma diminuição significativa dos erros associados a medicação⁷. A utilização de *trigger tools* parece também ter um impacto positivo na prevenção da ocorrência de EA, através do aumento na deteção de erros em pediatria⁷. Maaskant⁷⁰ e coautores sugerem a presença de um farmacêutico clínico nas UCI como forma de reduzir os erros relacionados com a medicação.

A *Joint Commission* (JC) e o IOM referem ainda a importância de utilizar dois identificadores do utente aquando da prestação de cuidados de saúde como forma de prevenir erros associados à identificação do utente. Desta forma, o sistema de código de barras complementa a identificação inicial realizada pelo profissional de saúde, eliminando os riscos associados a um *double-check*⁷².

A aplicação das recomendações acima descritas já teve resultados positivos. Para além de se verificar um maior controlo a nível das IACS, foram identificados pontos chave que permitiram reduzir os erros relacionados com a medicação, o risco de administração errada do leite materno, a identificação de leite materno expirado e a eliminação do cálculo manual da suplementação e fortificação do leite materno⁶⁵, bem como reduzir os erros de identificação de doentes.

III. Questão de Investigação e Objetivos

1. Questão de Investigação

A questão de investigação serve de alicerce para a formulação do problema a estudar, sendo uma questão orientadora do investigador no decorrer do seu trabalho⁷³.

Existem 2 tipos de questões de investigação: uma orientada para descrever situações e outra orientada para descrever processos, sendo o foco na descrição de um fenómeno ou na descrição de como um fenómeno se desenvolve, respetivamente⁷⁴.

A questão que norteou o presente estudo pode ser considerada uma questão orientada para descrever situações, focando-se na descrição e caracterização da Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos. Optou-se por restringir o estudo deste fenómeno aos Enfermeiros, uma vez que estes se encontram na linha da frente da prestação de cuidados de saúde, reconhecendo e identificando as necessidades e situações indesejáveis no seu quotidiano, sendo também a classe profissional com maior probabilidade para a NEA³⁶. A escolha da população pediátrica prende-se com o facto de esta ser considerada uma das populações mais suscetível à ocorrência de EA⁶⁸.

O tema escolhido para o presente estudo teve origem na formação base e área de trabalho da investigadora, licenciada em enfermagem e a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos no contexto pediátrico.

A questão de investigação neste estudo é “De que forma os Enfermeiros Aderem à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria?”.

2. Objetivos

Segundo Fortin⁷³ o enunciado do objetivo da investigação deve indicar de forma clara e precisa o fim que o investigador persegue.

O Objetivo Geral para o presente trabalho de investigação é: Estudar a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os Fatores Associados a essa Adesão, no Departamento de Pediatria de um hospital.

De forma a direcionar o estudo foram estabelecidos os seguintes Objetivos Específicos:

- ✓ Quantificar a frequência de NEA em Pediatria;
- ✓ Caracterizar a frequência de NEA em Pediatria de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Caracterizar a relação entre a frequência de NEA, de acordo com a sua gravidade, e as características dos Enfermeiros do Departamento de Pediatria;
- ✓ Identificar os tipos de EA que ocorrem em Pediatria e a sua frequência de notificação;
- ✓ Caracterizar os serviços relativamente à frequência de NEA e ao tipo de EA;
- ✓ Identificar os Fatores Facilitadores à ocorrência de EA em Pediatria;
- ✓ Identificar as Barreiras à NEA em Pediatria.

IV. Metodologia

1. Tipo de Estudo

O desenho do estudo consiste num plano que permite responder às questões, ou verificar hipóteses, que define mecanismos de controlo e tem por objetivo minimizar os riscos de erro⁷³.

O presente estudo é Observacional, Transversal de natureza Quantitativa para caracterização da Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos (AENEA) e fatores a ela associados.

Um estudo Observacional engloba uma investigação na qual o investigador não interfere diretamente com os participantes, apenas observa as relações entre fatores ou resultados. Neste caso procura-se observar a AENEA por parte dos Enfermeiros do Departamento de Pediatria do hospital e os fatores associados à mesma.

Caraterizado como um estudo Transversal por ter como objetivo medir a frequência de um acontecimento numa dada população num dado momento⁷³. Nesta situação o objetivo é estudar a AENEA em Pediatria, e os fatores associados à mesma, num determinado momento (entre Novembro de 2019 e Janeiro de 2020).

Igualmente apresenta uma vertente descritiva, por procurar descrever um fenómeno, identificando as características do mesmo de forma a obter uma visão geral da situação^{73,74}.

O Instrumento de Recolha de Dados aplicado foi o Inquérito por Questionário, por este permitir organizar, normalizar e controlar os dados para que a recolha de informação seja rigorosa⁷⁵.

2. População Alvo e Amostra

A População de estudo consiste num conjunto de elementos que reúnem os mesmos critérios e que se pretende abranger no estudo, enquanto a amostra é um subconjunto da população de estudo e que deve ser representativa da mesma⁷⁵.

No presente trabalho de investigação a população de estudo foi constituída pelos Enfermeiros que exercem funções nos serviços do Departamento de Pediatria de um

hospital em Lisboa, incluindo os Enfermeiros, Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros Gestores, totalizando 192 enfermeiros.

O recrutamento de participantes para o presente estudo foi efetuado através da amostragem de conveniência. Esta consiste em selecionar os indivíduos que estão mais acessíveis e aptos para participar num período específico de tempo⁷⁴.

Apesar de ser comumente associado a metodologias quantitativas, pode também ser utilizado em estudos epidemiológicos, por constituir um método mais simples e rápido de recrutamento de participantes.

A amostra foi constituída por todos os enfermeiros que se encontravam a exercer funções no período que decorreu entre Novembro de 2019 e Janeiro de 2020 e que aceitaram participar no estudo, através do preenchimento do inquérito por questionário, num total de 102 enfermeiros.

A escolha de Enfermeiros como população de estudo prende-se com o facto de estes estarem na linha da frente da prestação de cuidados de saúde, tendo experiência no reconhecimento de necessidades e situações indesejáveis no seu quotidiano, e por ser a classe profissional mais propensa a notificar EA³⁶.

3. Instrumento de recolha de dados

O inquérito por questionário consiste num conjunto de questões que permitem avaliar atitudes, opiniões, resultados ou outras informações junto dos participantes⁷⁵.

Como instrumento para recolha de dados utilizou-se o inquérito por questionário desenvolvido e aplicado por Bruno (2010) em “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”, após autorização concedida pela autora (Anexo I). No estudo original de Paula Bruno³⁹ o questionário foi validado e aplicado a médicos e enfermeiros de serviços de especialidades médicas e cirúrgicas de quatro hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De forma a adequar o questionário utilizado à população pediátrica, cujos enfermeiros contribuem para o estudo, foram efetuadas algumas adaptações ao questionário original, com consentimento da autora do mesmo.

Não se procedeu ao pré-teste do questionário utilizado no presente estudo, uma vez que o questionário elaborado e utilizado no estudo de Paula Bruno³⁹ “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”,

contém questões baseadas em artigos e questionários validados, tendo sido também ele sujeito a análise, pré-teste e validação “por profissionais com experiência na área da qualidade e segurança do doente ou experiência na investigação”³⁹. De acordo com a autora do trabalho original as ligeiras alterações propostas não desvirtuam as características do questionário original como passamos a explicar de seguida.

O inquérito por questionário aplicado inclui 13 questões fechadas, distribuídas por dois grupos:

- ✓ Caracterização da amostra (perguntas 1, 2, 3, 4 e 5).
- ✓ Perceção dos inquiridos sobre a Notificação de EA, Erros, Incidentes e Segurança do Doente (perguntas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13).

O instrumento de recolha de dados está enunciado em Apêndice III.

Foi eliminada a questão número 1 que se refere à classe profissional dos inquiridos, uma vez que o inquérito por questionário aplicado no presente estudo se destina exclusivamente aos profissionais de enfermagem.

Mantiveram-se as questões 2 e 3 do questionário original, referentes à idade e sexo dos inquiridos, por permitirem a caracterização da amostra, apresentadas como questões 1 e 2 do questionário adaptado.

Foram introduzidas as questões 3, 4 e 5, referentes aos anos de trabalho na instituição, funções que desempenha no serviço e caracterização da tipologia do serviço, respetivamente. As questões 3 e 4 permitem caracterizar a amostra e questão 5 permite codificar os serviços do departamento de forma a que estes não possam ser identificados. A codificação foi efetuada em 3 categorias (Ambulatório, Urgência e Cuidados Intensivos, Pediatria Médica), agrupando os serviços de acordo com o seu contexto de prestação de cuidados e utilizando denominações existentes na instituição onde decorreu o estudo.

Manteve-se a questão 4 do questionário original, que procura saber se o hospital onde é aplicado o questionário participa em programas de acreditação hospitalar, uma vez que no Departamento de Pediatria do hospital em questão existem unidades acreditadas pela ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*). Esta apresenta-se como questão 6 do questionário adaptado.

Foram mantidas as questões 5 e 6 do questionário original, referentes à implementação de um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências, respetivamente, apresentadas no questionário adaptado como questões 7 e 8.

Manteve-se a questão 7 do questionário original, que se refere à frequência de notificação de eventos com diferentes níveis de gravidade, apresentada como questão 9 no questionário adaptado.

Manteve-se a questão 8 referente à frequência da notificação de eventos/ocorrências num período de 12 meses anteriores, apresentada como questão 10 no questionário adaptado.

À questão 9 do questionário original, que apresenta uma lista de eventos/ocorrências para seleção dos que já aconteceram/foram notificados, acrescentaram-se 3 eventos/ocorrências (opções 7, 11 e 16), após revisão da literatura, de forma a adaptar o questionário ao contexto pediátrico do estudo. Esta apresenta-se como questão 11 no questionário adaptado.

A questão 12 foi introduzida com base no questionário aplicado por Lima⁷⁶ na tese “Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente”. Esta questão contempla a opinião dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para a ocorrência de eventos/ocorrências.

Manteve-se a questão 10 do questionário original, referente aos motivos para não notificação, apresentada como questão 13 no questionário adaptado.

Foi eliminada a questão 11 do questionário original, relacionada com questões legais e jurídicas, não sendo aplicável no presente estudo.

Foram eliminadas as questões 12, 13 e 14 do questionário original sobre a opinião dos inquiridos para a criação de um sistema de notificação de eventos/ocorrências a nível nacional, tendo este já sido criado.

Foi eliminada a questão 15 do questionário original, por não corresponder aos objetivos do presente estudo.

Os questionários foram entregues às Enfermeiras-Chefes de cada serviço que ficaram responsáveis pela entrega dos mesmos individualmente a cada Enfermeiro. A aplicação dos questionários decorreu de Novembro de 2019 a Janeiro de 2020, tendo sido fundamental a colaboração de todos os enfermeiros envolvidos, em especial das Enfermeiras-Chefes dos serviços onde foi realizado o estudo, que procederam à distribuição e recolha dos mesmos.

4. Análise estatística

O tratamento dos dados refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas, sendo a escolha dos testes estatísticos dependente da função que as variáveis preenchem na investigação⁷³.

A análise dos dados realizou-se com base nos objetivos do estudo, recorrendo-se ao software aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 26, com inserção dos dados no *Excell* para melhor apresentação de resultados.

A estatística descritiva tem por objetivo a descrição dos dados, pelo que permite descrever as características da amostra na qual estes foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis⁷³. O presente estudo conta com cerca de 88 variáveis categóricas, não existindo variáveis numéricas. Foi realizada análise univariável das variáveis categóricas em estudo apresentando-se as tabelas de distribuição de frequências (%). Não foram utilizadas medidas de tendência central nem de dispersão por não existirem variáveis numéricas. Foi realizada análise bivariável com utilização do Teste Qui-Quadrado para comparação de proporções, a análise de correlações de variáveis ordinais com utilização do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. O Teste Exato de *Fisher* foi utilizado em substituição do Teste Qui-Quadrado para frequências esperadas baixas. Foi considerado um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

5. Considerações éticas

Os trabalhos de investigação são imprescindíveis para o avanço científico em diversas áreas do conhecimento, sendo a salvaguarda dos direitos humanos fundamentais obrigatória. Uma vez que a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo logo no início da investigação⁷³.

Um estudo de investigação deve ter presente o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Este deve conter os objetivos e finalidades do estudo, numa linguagem acessível, e o participante deve ter plena integridade de todas as suas faculdades mentais, não estando sujeito a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão, para que possa a qualquer momento alterar a sua decisão⁷³. O consentimento é dado de forma voluntária e pode ser obtido por escrito, oralmente ou gravado⁷⁴.

A cada questionário foi anexada uma folha de rosto correspondente ao consentimento informado para participação no estudo. Esta contém uma breve descrição do contexto do estudo, os objetivos do mesmo, o apelo à participação, orientações sobre o preenchimento do questionário e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Os enfermeiros que optaram por participar no estudo assinaram a folha de consentimento informado anexa ao questionário e entregaram-na à investigadora. Para garantir o anonimato e confidencialidade das informações fornecidas optou-se por separar a folha do consentimento do restante questionário e pela a sua colocação em envelope separado. Desta forma, existiram dois envelopes: um para o questionário preenchido e outro para o consentimento informado. A Enfermeira-Chefe de cada serviço ficou responsável por entregar os questionários individualmente a cada Enfermeiro e por guardar os envelopes em local seguro até este ser recolhido pela investigadora.

A proteção da vida privada e informações pessoais é um direito que envolve o direito à intimidade, anonimato e confidencialidade⁷³. Assim, foi garantido que a identidade dos participantes não era conhecida pela investigadora nem por terceiros, que os dados recolhidos se mantiveram confidenciais durante e após o estudo, e que as informações não foram transmitidas a ninguém sem autorização do participante.

O presente trabalho de investigação é confidencial, sendo o anonimato dos dados garantido ao longo de todo o processo. A participação foi voluntária e o preenchimento do questionário anónimo, tendo existido a possibilidade de não participação no estudo sem que daí adviesse qualquer penalização. As questões para obtenção dos dados pessoais e profissionais foram agrupadas em intervalos para garantir o anonimato dos profissionais. Os questionários preenchidos foram guardados e analisados apenas pelo investigador, após recolha do serviço, e no final do estudo serão destruídos. No relatório final do estudo não serão identificadas instituições nem serviços.

O processo de investigação foi iniciado com os pedidos de autorização para a realização do estudo, em que se incluíram os seguintes pedidos formais por escrito:

- ✓ À autora do instrumento de recolha de dados para a sua utilização (Apêndice I), tendo sido obtido o respetivo consentimento (Anexo I);
- ✓ À Diretora do Departamento de Pediatria do hospital, solicitando autorização para a aplicação do questionário, através de um requerimento acompanhado do protocolo de investigação, do questionário em questão, do consentimento

informado e do ofício de submissão à Comissão de Ética do hospital. Foi obtido o seu consentimento (Anexo II);

- ✓ À Enfermeira-Diretora do hospital, solicitando autorização para a aplicação do questionário, através de um requerimento acompanhado do questionário em questão e dos objetivos do estudo, garantindo o anonimato dos participantes, confidencialidade dos dados e disponibilização dos resultados no final do estudo (Apêndice II). O processo foi submetido a parecer pela Comissão de Ética do hospital e, na sequência desta Comissão, foi obtido consentimento por parte da Enfermeira-Diretora (Anexo III).

V. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos com base nos inquéritos por questionários aplicados, representando a perceção dos enfermeiros sobre as questões colocadas. Os resultados obtidos encontram-se divididos em 10 secções, correspondentes à caracterização da amostra, dados sobre o sistema de notificação de EA, e aos objetivos específicos delineados para o presente estudo.

1. Caracterização da Amostra

Os resultados relativos à caracterização da amostra em estudo encontram-se representados na tabela 1, referente ao Sexo dos indivíduos, Grupo Etário, Anos de Trabalho na Instituição, Funções Desempenhadas e Serviço onde Exercem Funções.

Variável em análise	Categoria da variável	Contagem: Frequência absoluta	Percentagem: Frequência relativa	(n=)
Sexo	Feminino	96	94,1	(n=102)
	Masculino	6	5,9	
Grupo Etário	21 a 30 anos	33	32,4	(n=102)
	31 a 40 anos	30	29,4	
	41 a 50 anos	17	16,7	
	51 a 60 anos	18	17,6	
	>60 anos	4	3,9	
Anos de Trabalho	<1 ano	17	16,7	(n=102)
	1 a 10 anos	25	24,5	
	10 a 20 anos	27	26,5	
	20 a 30 anos	23	22,5	
	30 a 40 anos	10	9,8	
Funções	Enfermeiro	73	71,6	(n=102)
	Enfermeiro Especialista	27	26,5	
	Enfermeiro Gestor	2	2	
Tipologia Serviço	Ambulatório	19	18,6	(n=102)
	Urgência e Cuidados Intensivos	64	62,7	
	Pediatria Médica	19	18,6	

Tabela 2 - Caracterização da Amostra

Estes resultados permitem constatar que os enfermeiros da amostra são maioritariamente do sexo feminino (94,1%) e detêm idades compreendidas entre os 21 a 30 anos (32,4%). Ademais, cerca de 61% da amostra tem idade inferior a 40 anos, podendo ser considerada uma amostra jovem (OE, 2019).

A maioria dos profissionais exerce funções na instituição entre 1 e 30 anos (73%), sendo a categoria dos 10 a 20 anos a mais prevalente, com 26,5% da amostra. Apenas 16,7% da amostra trabalha na instituição há menos de 1 ano e 9,8% trabalha entre 30 a 40 anos. A função desempenhada com maior peso é a de Enfermeiro, correspondendo a 71,6% da amostra, cerca de 26,5% exerce funções como Enfermeiro Especialista e apenas 2% exerce funções como Enfermeiro Gestor. Cerca de 62,7% da amostra exerce funções nos serviços de Urgência e Cuidados Intensivos, seguido dos serviços de Pediatria Médica, com 18,6%, e de Ambulatório, com 16,7%.

2. Sistema de Notificação de EA

O gráfico 1 representa a percepção que os indivíduos têm sobre a existência de um Programa de Acreditação Hospitalar, no hospital onde foi aplicado o questionário, e sobre o SNIEA implementado.

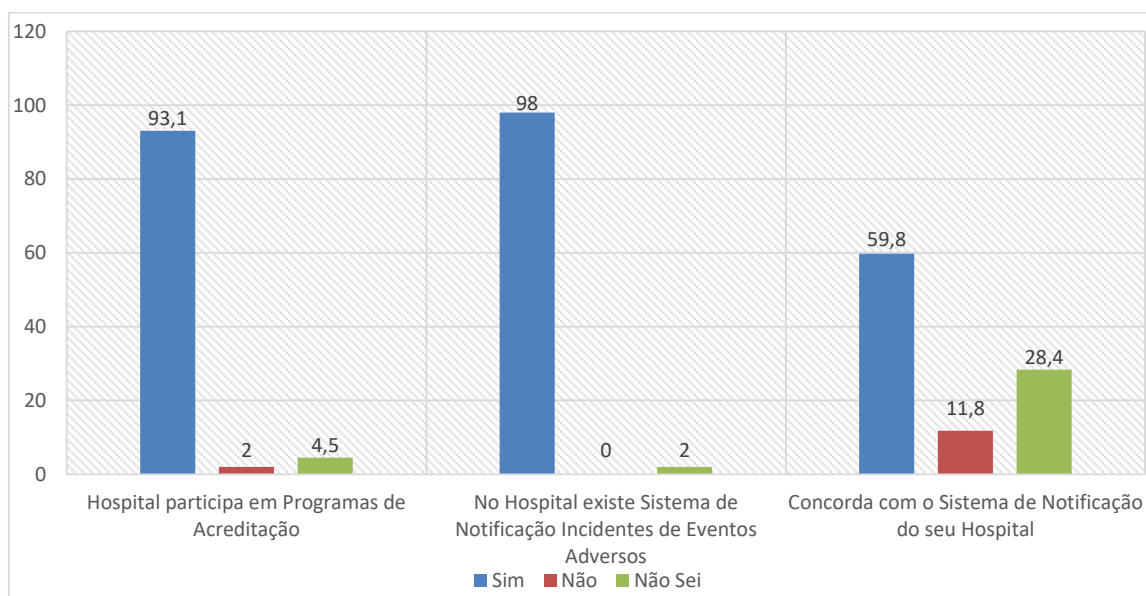


Gráfico 1 - Características da Amostra relativas ao SNIEA

Cerca de 93,1% da amostra tem conhecimento de que o hospital em estudo participa em Programas de Acreditação, nomeadamente o Departamento de Pediatria. Cerca de 98% da amostra refere saber que o hospital onde exerce funções tem um SNIEA e 59,8% referem concordar com o mesmo.

3. Quantificar a Frequência de Notificação de EA

O gráfico 2 representa a frequência de Notificação de EA, permitindo quantificar os EA notificados pelos enfermeiros no último ano.

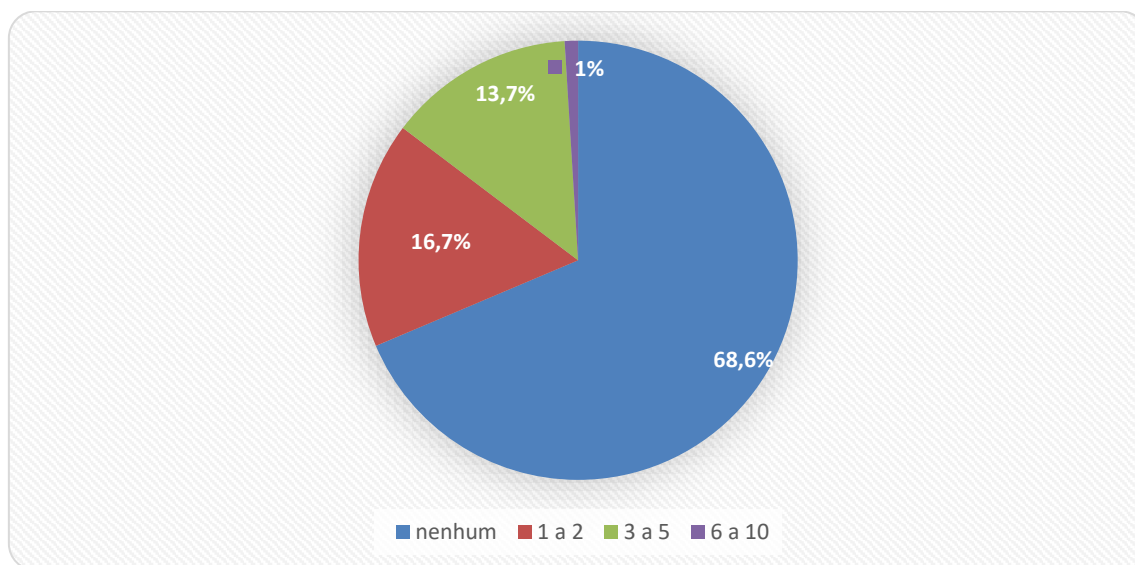


Gráfico 2 - Frequência de Notificação de EA nos últimos 12 meses

Verifica-se que 68,6% dos enfermeiros da amostra refere não ter notificado nenhum Evento Adverso no último ano, cerca de 17,6% referem ter notificado 1 a 2 Eventos Adversos, 13,7% ter notificado 3 a 5 Eventos Adversos e 1% ter notificado 6 a 10 Eventos Adversos nos últimos 12 meses.

4. Caracterizar Frequência de Notificação de EA de acordo com a Gravidade

O gráfico 3 representa a frequência de Notificação de EA, de acordo com a sua gravidade, avaliada com recurso a uma Escala de *Likert* (1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – a maioria das vezes; 5 – sempre).

Algumas das definições apresentadas no questionário original parecem corresponder a algumas das definições apresentadas no subcapítulo 2.1. Definições do Enquadramento Teórico. Assim, um “evento detetado e corrigido antes de afetar o doente” pode ser considerado um *Near Miss*, um “evento que ocorre, mas sem perigo para o doente” pode ser considerado um Evento Sem Perigo, e um “evento que pode

causar dano ao doente, mas isso não acontece” pode ser considerado um Erro Sem Dano.

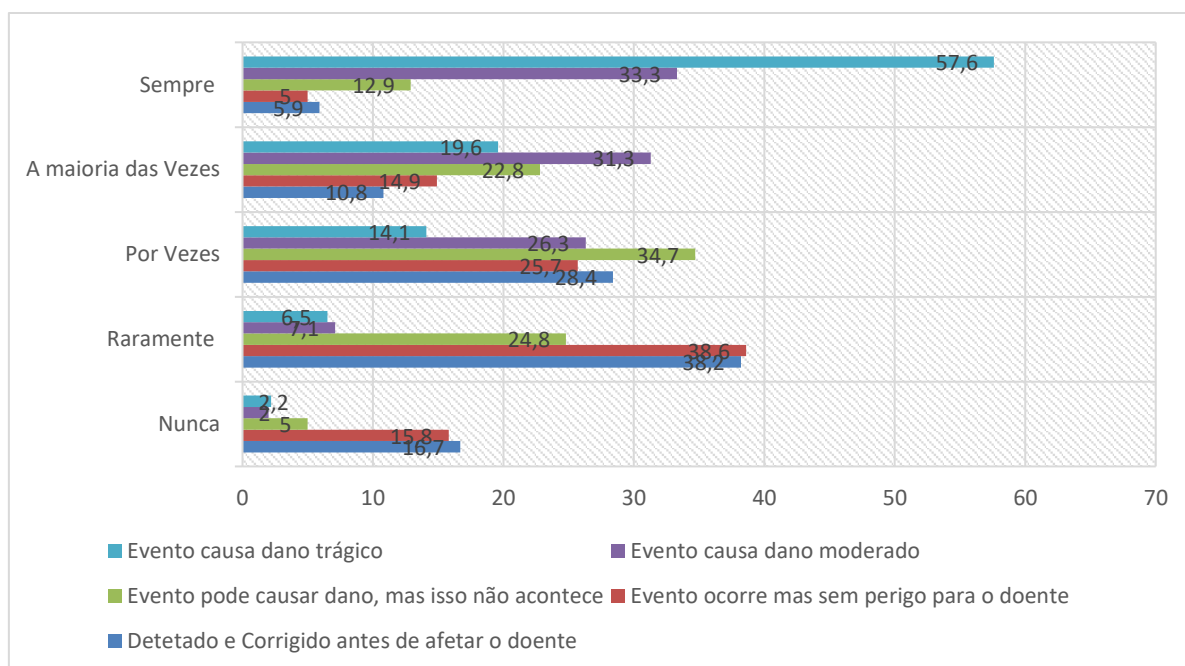


Gráfico 3 - Frequência de NEA de acordo com a sua gravidade

Os EA notificados com maior frequência são os que causam dano trágico (morte ou incapacidade) ao doente (57,6%), seguidos dos EA que causam dano moderado ao doente (33,3%). De acordo com a percepção dos enfermeiros os eventos acima descritos são notificados a maioria das vezes (19,6% e 31,3%, respetivamente) ou sempre (57,6% e 33,3%, respetivamente) que ocorrem.

Os EA notificados com menor frequência são os *Near Miss* (16,7%), seguidos dos Eventos Sem Perigo (15,8%). De acordo com a percepção dos enfermeiros os eventos acima descritos são nunca (16,7% e 15,8%, respetivamente) ou raramente (38,2% e 38,6%, respetivamente) notificados.

De acordo com a percepção dos enfermeiros, os Erros Sem Dano são notificados por vezes, com uma frequência de notificação de 34,7%.

5. Caracterizar a relação entre a Frequência de NEA e as Características dos Enfermeiros

As tabelas 3 a 7, apresentadas de seguida, representam a caracterização da relação entre a frequência de NEA, de acordo com a sua gravidade, e as características dos enfermeiros em estudo (sexo, grupo etário e função desempenhada na instituição).

A tabela 3 representa a relação entre os EA detetados e corrigidos antes de afetar o doente (*Near Miss*) e o Sexo, Grupo Etário e Função Desempenhada pelos enfermeiros da amostra.

Quando ocorre um Near Miss						
			Nunca/Raramente/ Por Vezes	Maioria/ Sempre	Total	Valor p
Sexo	Fem	n	79	17	96	0,586
		%	82,3%	17,7%	100%	
	Masc	n	6	0	6	
		%	100%	0%	100%	
Grupo Etário (anos)	< 40	n	56	7	63	0,056
		%	88,9%	11,1%	100%	
	> 40	n	29	10	39	
		%	74,4%	25,6%	100%	
Função Desempenhada	Enf.	n	60	13	73	0,343
		%	82,2%	17,8%	100%	
	Enf. Esp.	n	25	2	27	
		%	92,6%	7,4%	100%	

Tabela 3 - Notificação de Near Misses-caraterísticas dos Enfermeiros

Os enfermeiros do sexo feminino notificam com maior frequência quando comparados com os do sexo masculino (17,7% e 0%, respetivamente), embora não seja estatisticamente significativa a diferença, com um valor $p=0,586$, dado pelo Teste Exato de *Fisher*. Os enfermeiros com mais de 40 anos notificam com maior frequência quando comparados com os com menos de 40 anos (25,6% e 11,10%, respetivamente), com valor $p=0,056$, no limiar da significância 5%, dado pelo Teste Qui-Quadrado. Os enfermeiros a desempenhar função de Enfermeiro notificam com maior frequência quando comparados com os enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro Especialista (17,8% e 7,40%, respetivamente), com valor $p=0,343$, dado pelo Teste Exato de *Fisher*, sem diferença estatisticamente significativa.

De acordo com os dados não parece existir associação estatisticamente significativa entre a frequência de Notificação de *Near Misses* e as características dos

enfermeiros ($p>0,05$), sendo a característica mais próxima da significância estatística o Grupo Etário ($p=0,056$).

A tabela 4 representa a relação entre os EA que não têm perigo potencial para o doente e o Sexo, Grupo Etário e Função Desempenhada pelos enfermeiros da amostra.

Quando Ocorre um Evento Sem Perigo						
			Nunca/Raramente/ Por Vezes	Maioria/ Sempre	Total	Valor p
Sexo	Fem	n	75	20	95	0,596
		%	78,9%	21,1%	100%	
	Masc	n	6	0	6	
		%	100%	0%	100%	0,073
Grupo Etário (anos)	< 40	n	54	9	63	
		%	85,7%	14,3%	100%	
	> 40	n	27	11	38	
		%	71,1%	28,9%	100%	
Função Desempenhada	Enf.	n	56	16	72	0,211
		%	77,8%	22,2%	100%	
	Enf. Esp.	n	24	3	27	
		%	88,9%	11,1%	100%	

Tabela 4 - Notificação de um Evento Sem Perigo-caraterísticas dos Enfermeiros

Os enfermeiros do sexo feminino notificam com maior frequência quando comparados com os do sexo masculino (21,1% e 0%, respetivamente), com valor $p=0,596$, dado pelo Teste Exato de *Fisher*, embora sem diferença estatisticamente significativa. Os enfermeiros com mais de 40 anos notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros com menos de 40 anos (28,9% e 14,30%, respetivamente), com valor $p=0,073$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, num nível de significância $p<0,10$. Os enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro notificam com maior quando comparados com Enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro Especialista (22,2% e 11,10%, respetivamente), com valor $p=0,211$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, embora sem diferença estatisticamente significativa.

De acordo com os dados não parece existir associação estatisticamente significativa entre a frequência de Notificação de Eventos que não têm perigo potencial para o doente e as características dos enfermeiros da amostra ($p>0,05$), sendo que o Grupo Etário parece encontrar-se mais próximo do estatisticamente significativo ($p=0,073$).

A tabela 5 representa a relação entre os EA que poderiam causar dano ao doente, mas isso não acontece (Erro sem Dano), e o Sexo, Grupo Etário e Função Desempenhada pelos enfermeiros da amostra.

Quando ocorre um Erro sem Dano						
			Nunca/Raramente/ Por Vezes	Maioria/ Sempre	Total	Valor p
Sexo	Fem	n	62	33	95	0,663
		%	65,3%	34,7%	100%	
	Masc	n	3	3	6	
		%	50%	50%	100%	
Grupo Etário (anos)	< 40	n	44	19	63	0,138
		%	69,8%	30,2%	100%	
	> 40	n	21	17	38	
		%	55,3%	44,7%	100%	
Função Desempenhada	Enf.	n	49	23	72	0,412
		%	68,1%	31,9%	100%	
	Enf. Esp.	n	16	11	27	
		%	59,3%	40,7%	100%	

Tabela 5 - Notificação de Erro sem Dano-caraterísticas dos Enfermeiros

Os dados permitem verificar que, de acordo com a percepção dos inquiridos, os enfermeiros do sexo masculino notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros do sexo feminino (50% e 34,70%, respetivamente), com valor $p=0,663$ dado pelo Teste Exato de Fisher, embora sem diferença estatisticamente significativa. Os enfermeiros com mais de 40 anos notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros com menos de 40 anos (44,7% e 30,20%, respetivamente), com valor $p=0,138$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, sem diferença estatisticamente significativa. Os enfermeiros a desempenhar funções como Enfermeiro Especialista notificam com maior frequência quando comparados com os enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro (40,7% e 31,9%), com valor $p=0,412$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, embora sem ser estatisticamente significativa.

De acordo com os dados não parece existir associação estatisticamente significativa entre a frequência de Notificação de erros sem dano e as caraterísticas dos enfermeiros da amostra ($p>0,05$).

A tabela 6 representa a relação entre os EA que causam dano moderado ao doente e o sexo, grupo etário e função desempenhada pelos enfermeiros da amostra.

Quando o Evento causa Dano Moderado						
			Nunca/Raramente/ Por Vezes	Maioria/ Sempre	Total	Valor p
Sexo	Fem	n	34	59	93	0,419
		%	36,6%	63,4%	100%	
	Masc	n	1	5	6	
		%	16,7%	83,3%	100%	
Grupo Etário (anos)	< 40	n	23	39	62	0,639
		%	37,1%	62,9%	100%	
	> 40	n	12	25	37	
		%	32,4%	67,6%	100%	
Função Desempenhada	Enf.	n	26	44	70	0,726
		%	37,1%	62,9%	100%	
	Enf. Esp.	n	9	18	27	
		%	33,3%	66,7%	100%	

Tabela 6 - Notificação de EA que provocam dano moderado no doente-caraterísticas dos Enfermeiros

Os enfermeiros do sexo masculino notificam com maior frequência quando comparados com os do sexo feminino (83,3% e 63,4%, respetivamente), com valor $p=0,419$ dado pelo Teste Exato de *Fisher*, sem diferença estatisticamente significativa. Os enfermeiros com mais de 40 anos notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros com menos de 40 anos (67,6% e 62,90%, respetivamente), com valor $p=0,639$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, sem significado estatístico. Os Enfermeiros a desempenhar funções como Enfermeiro Especialista notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros a desempenhar função de Enfermeiro (66,7% e 62,9%, respetivamente), com valor $p=0,726$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, sem diferença estatisticamente significativa.

De acordo com os dados não parece existir associação estatisticamente significativa entre a Notificação do EA que causa dano moderado ao doente e as caraterísticas dos enfermeiros ($p>0,05$).

A tabela 7 representa a relação entre os EA que causam dano trágico ao doente e o Sexo, Grupo Etário e Função Desempenhada pelos elementos da amostra.

Quando o EA provoca Dano Trágico ao doente						
			Nunca/Raramente/ Por vezes	Maioria/ Sempre	Total	Valor P
Sexo	Fem	n	20	66	86	0,999
		%	23,3%	76,7%	100%	
	Masc	n	1	5	6	
		%	16,7%	83,3%	100%	
Grupo Etário (anos)	< 40	n	14	45	59	0,783
		%	23,7%	76,3%	100%	
	> 40	n	7	26	33	
		%	21,2%	78,8%	100%	
Função Desempenhada	Enf.	n	16	49	65	0,582
		%	24,6%	75,4%	100%	
	Enf. Esp.	n	5	21	26	
		%	19,2%	80,8%	100%	

Tabela 7 - Notificação de EA que causam dano trágico no doente-caraterísticas dos Enfermeiros

Os enfermeiros do sexo masculino notificam com maior quando comparados com o sexo feminino (83,3% e 76,6%, respetivamente), com valor $p=0,999$ dado pelo Teste Exato de *Fisher*, sem significado estatístico. Os enfermeiros com mais de 40 anos notificam com maior frequência (78,80%) EA que causam dano trágico ao doente quando comparados com enfermeiros com menos de 40 anos (78,8% e 76,3%, respetivamente), com valor $p=0,783$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, sem significado estatístico. Enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro Especialista notificam com maior frequência quando comparados com enfermeiros a desempenhar funções de Enfermeiro (80,8% e 75,40%, respetivamente), com valor $p=0,582$ dado pelo Teste Qui-Quadrado, sem significado estatístico.

De acordo com os dados não parece existir associação estatisticamente significativa entre a Notificação de um EA que provoca dano trágico no doente e as caraterísticas dos enfermeiros ($p>0,05$).

6. Tipos de EA e a sua Frequência de Notificação

O gráfico 4 representa os tipos de eventos adversos que ocorrem nos serviços do Departamento de Pediatria, bem como as suas frequências de ocorrência e registo.

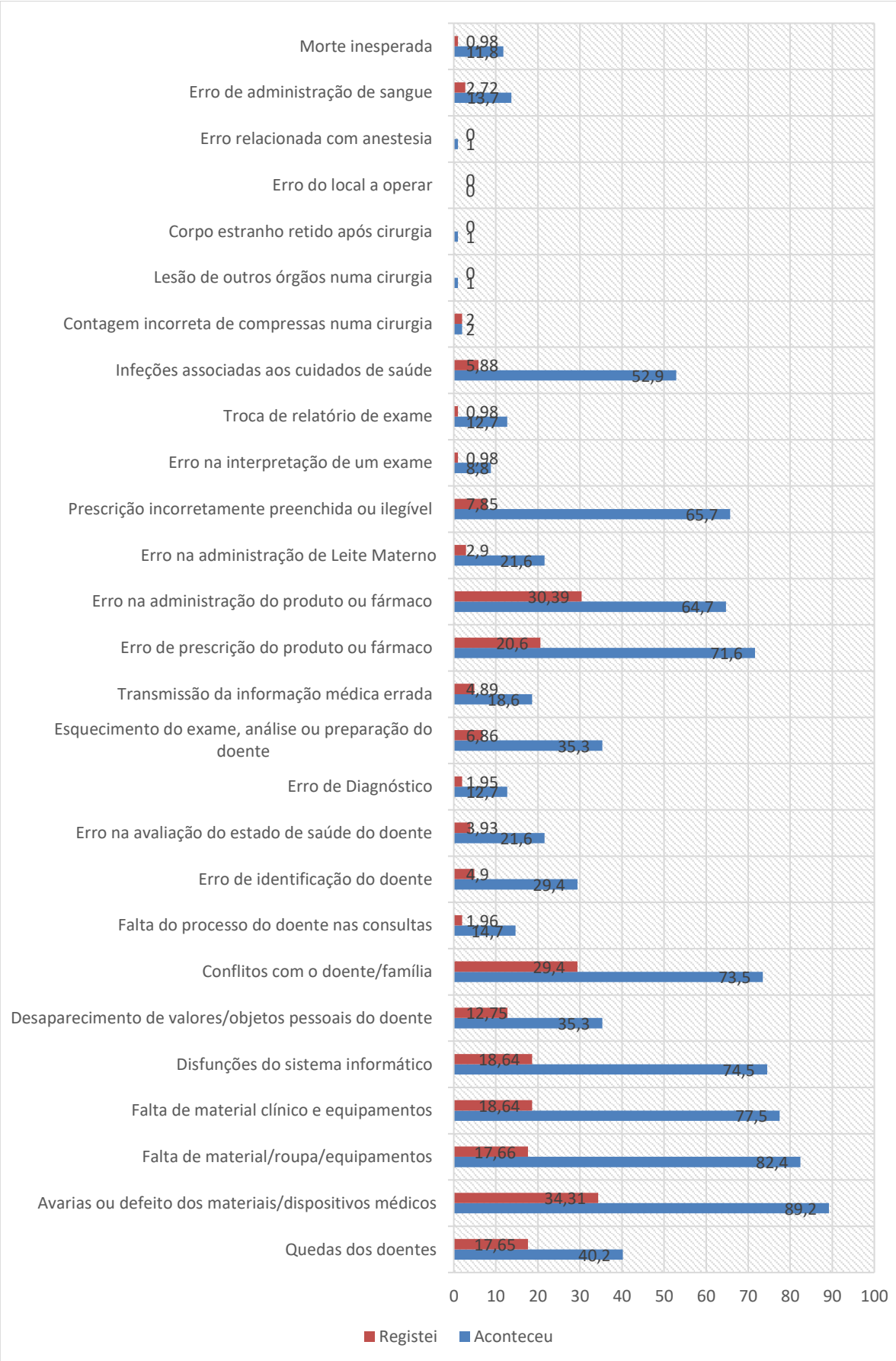


Gráfico 4 – Tipos de EA em Pediatria e sua Frequência de Notificação

O gráfico 4 representa a percepção da amostra relativamente aos EA que ocorrem e são registados. Verifica-se que o EA referido com maior frequência foi a avaria ou defeito dos materiais/dispositivos médicos, com uma frequência de 89,2%, seguido da falta de material/roupa/equipamentos (82,4%), falta de material clínico e equipamentos (77,5%), disfunções do sistema informático (74,5%) e dos conflitos com o doente/família (73,5%).

Os EA que ocorrem com frequência significativa são os erros de prescrição de produto ou fármaco (71,6%), os erros de administração de produtos ou fármacos (64,7%), as prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis (65,7%) e as infeções associadas aos cuidados de saúde (52,9%). Ainda com ocorrência menos frequente destacam-se as quedas dos doentes (40,2%), o desaparecimento de valores/objetos pessoais dos doentes (35,3%), esquecimento de exame/análise/preparação do doente (35,3%), erros de identificação do doente (29,4%), erro na administração de leite materno (21,6%), erro na avaliação do estado de saúde do doente (21,6%), transmissão de informação médica errada (18,6%), falta do processo do doente nas consultas (14,7%) e erros na administração de sangue (13,7%).

Os eventos referidos com menor frequência foram o erro relacionado com a anestesia (1%), corpo estranho retido após cirurgia (1%), lesão de outros órgãos numa cirurgia (1%), contagem incorreta de compressas numa cirurgia (2%), erro na interpretação de um exame (8,8%), morte inesperada (11,8%), erro de diagnóstico (12,7%) e troca de relatório de exame (12,7%). O evento adverso erro do local operar não ocorreu.

Os eventos com maior percentagem de registo são as avarias ou defeitos dos materiais/dispositivos médicos (34,3%), erro na administração de produto ou fármaco (30,4%), conflitos com o doente/família (29,4%), erro de prescrição de produto ou fármaco (20,59%), falta de material clínico e equipamentos (18,64%), disfunções do sistema informático (18,6%), falta de material/roupa/equipamentos (17,65%), quedas dos doentes (17,65%) e desaparecimento de valores/objetos pessoais dos doentes (12,75%).

Os EA que ocorreram e não foram registados, tendo como percentagem de registo 0%, foram o erro relacionado com a anestesia, corpo estranho retido após cirurgia e lesão de outros órgãos numa cirurgia.

Os eventos com menor percentagem de registo são a morte inesperada (0,98%), troca de relatório de exame (0,98%), erro na interpretação de exame (0,98%), erro de diagnóstico (1,95%), falta do processo do doente nas consultas (1,96%), erro na

administração do leite materno (2,9%), erro na administração do sangue (2,72%), contagem incorreta de compressas numa cirurgia (2%).

Os EA com percentagens de registo significativas, ainda que baixas comparativamente aos restantes, são prescrição incorretamente preenchida ou ilegível (7,85%), esquecimento de exame/análise/preparação do doente (6,86%), infeções associadas aos cuidados de saúde (5,88%), transmissão de informação medica errada (4,89%), erro de identificação do doente (4,9%) e erro na avaliação do estado de saúde do doente (3,93%).

7. Caraterização dos Serviços pela Frequência de NEA

O gráfico 5 representa a caraterização dos serviços do Departamento de Pediatria quanto à frequência de notificação no último ano.

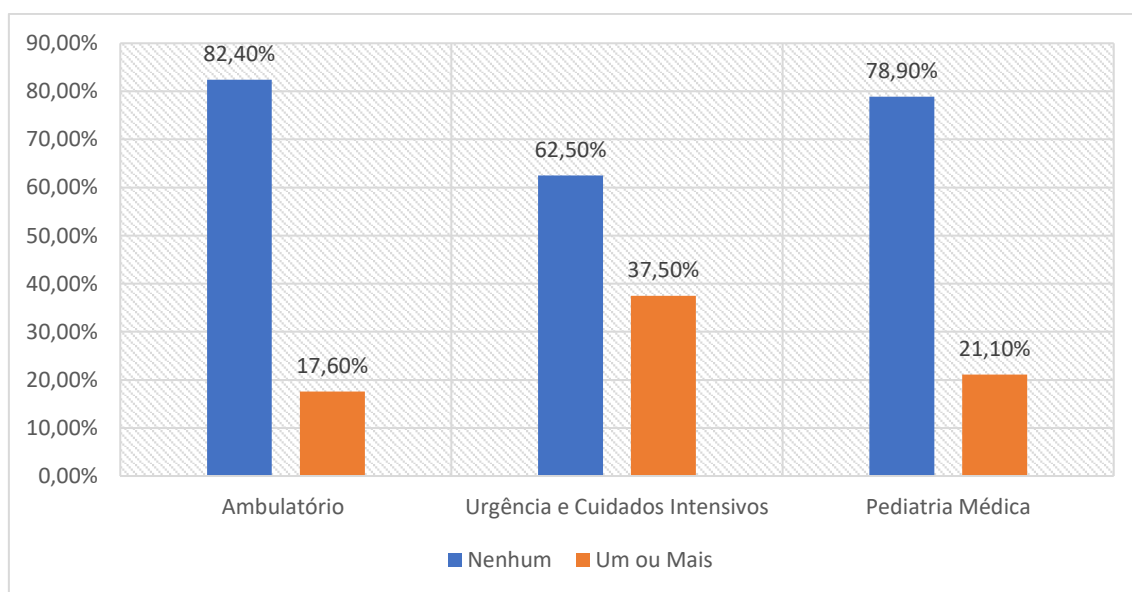


Gráfico 5 - Frequência de Notificação de EA nos últimos 12 meses por serviço

Verifica-se que 82,4% dos enfermeiros do Ambulatório, 78,9% enfermeiros da Pediatria Médica, e 62,5% dos enfermeiros da Urgência e Cuidados Intensivos não notificaram nenhum EA no último ano. Verifica-se também que 37,5% dos enfermeiros da Urgência e Cuidados Intensivos, 21,1% dos enfermeiros da Pediatria Médica e 17,6% dos enfermeiros do Ambulatório notificaram um ou mais EA no último ano.

8. Caracterização dos Serviços pelo EA que neles Ocorrem

O gráfico 6 representa a caracterização dos serviços do Departamento de Pediatria quanto ao tipo de EA que nele ocorrem.

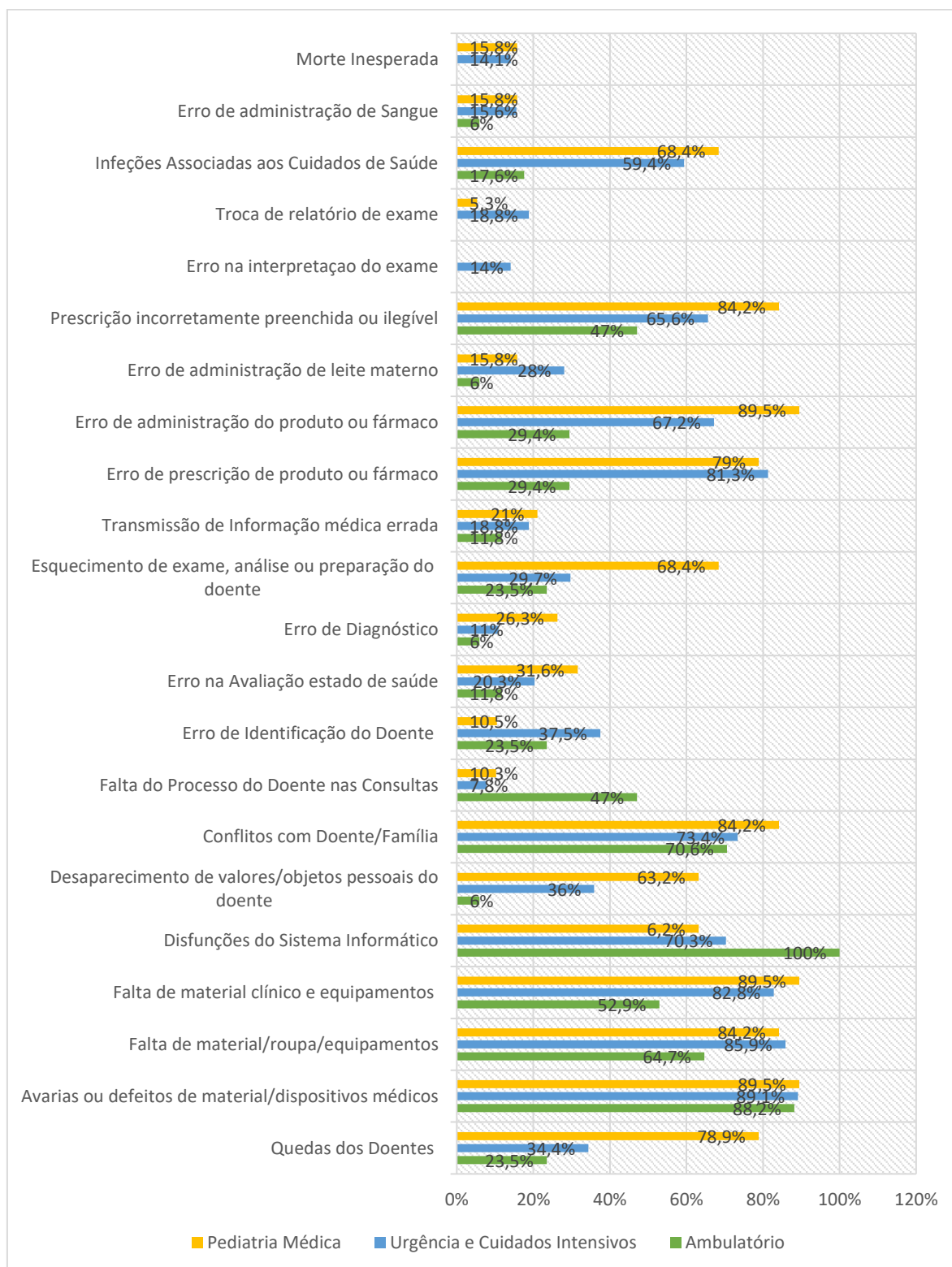


Gráfico 6 - Caracterização do Serviço quanto ao tipo de EA que nele ocorrem

Constata-se que os eventos que ocorrem com maior frequência no serviço de Ambulatório são as disfunções do sistema informático (100%), seguindo-se as avarias ou defeitos de material ou dispositivos médicos (89,5%), a falta de material/roupa/equipamentos (68,4%), os conflitos com o doente/família (63,2%), a falta de material clínico e equipamentos (47,4%) e a prescrição incorretamente preenchida ou ilegível (47,4%).

O evento que ocorre com maior frequência no serviço de Urgência e Cuidados Intensivos é as avarias ou defeitos de material/dispositivos médicos, com uma percentagem de 89,1%. Seguem-se a falta de material/roupa/equipamentos (85,9%), falta de material clínico e equipamentos (82,8%), erro de prescrição de produto ou fármaco (81,3%), conflitos com o doente/família (73,4%) e disfunções do sistema informático (70,3%).

Os eventos que ocorrem com maior frequência no serviço de Pediatria Médica são as avarias ou defeitos de material/dispositivos médicos, a falta de material clínico ou equipamento e erro na administração de produto ou fármaco, todos com uma frequência de 89,5%. Seguem-se os conflitos com doente/família (84,2%), falta de material/roupa/equipamento (84,2%), prescrição incorretamente preenchida ou ilegível (84,2%), as quedas dos doentes (78,9%), erro de prescrição de produto ou fármaco (78,9%), esquecimento de exame, análise ou preparação do doente (68,4%) e as infeções associadas aos cuidados de saúde (68,4%).

Não ocorreu em nenhum dos serviços o “erro do local a operar”.

9. Fatores Facilitadores dos EA

O gráfico 7, na página ao lado, representa os fatores facilitadores e que contribuem para a ocorrência de EA, na perceção dos enfermeiros da amostra.

De acordo com a perceção dos enfermeiros da amostra o fator que contribui com maior peso para a ocorrência de EA é a carência de recursos humanos (19%). Seguido das falhas de comunicação e da sobrecarga horária (ambas com 17%), da inexperiência profissional (14%), da falta de conhecimento dos profissionais (12%), da planificação errada do espaço de trabalho (8%), da desmotivação (7%), e das disfunções do sistema informático (6%).

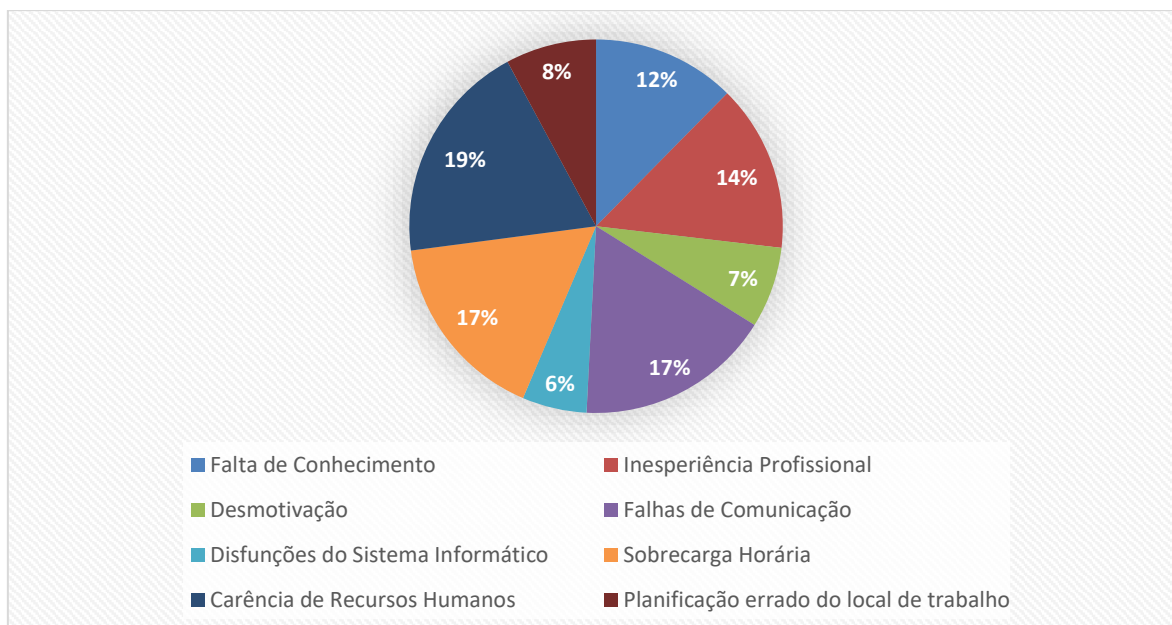


Gráfico 7 - Fatores Facilitadores para Ocorrência de EA

10. Barreiras à Notificação de EA

O gráfico 8, na página seguinte, representa a percepção dos enfermeiros da amostra sobre as barreiras à NEA.

De acordo com a percepção dos enfermeiros da amostra, cerca de 11,5% e 51% concordam totalmente e concordam, respetivamente, que a causa com maior peso para a não NEA é o esquecimento quando há muito trabalho. Segue-se a percepção de que as circunstâncias ou a evolução do caso tornam desnecessário o registo (6,3% e 22,1%), o desconhecimento de quais os incidentes a notificar (5,3% e 20%), a culpabilização injusta dos profissionais mais novos pela ocorrência de eventos adversos (3,2% e 22,1%), o receio de afetar a credibilidade pessoal (3,2% e 4,2%), a percepção que o registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados (2,1% e 14,7%), a falta de apoio para o registo por parte dos colegas (1,1% e 9,5%) e o receio de um processo judicial (1% e 3,1%).

No entanto, verifica-se que, na percepção dos enfermeiros, as opções apresentadas para escolha não representam de forma clara as barreiras à notificação de EA, com percentagens de discordo e discordo totalmente significativas para todas as opções.

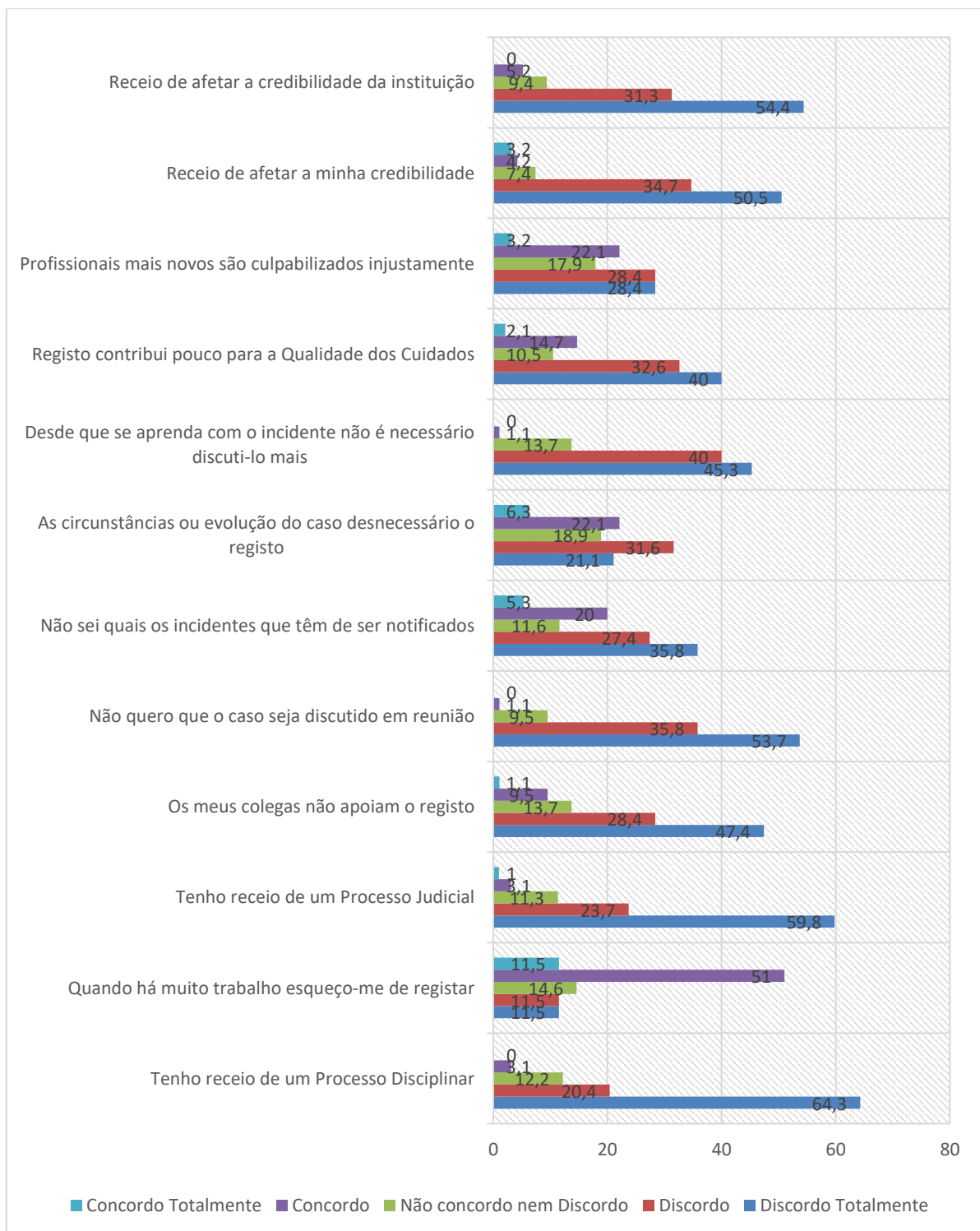


Gráfico 8 - Barreiras à Notificação de EA

A tabela 8 representa as correlações entre as cinco variáveis de frequência de Notificação de EA entre si.

		Near Miss	Evento Sem Perigo	Erro Sem Dano	Evento com Dano Moderado	Dano Trágico
Near Miss	Coeficiente de Correlação	1	,724**	,518**	,413**	,250*
	Valor P	.	<0,001	<0,001	<0,001	0,016
	n	102	101	101	99	92
Evento Sem Perigo	Coeficiente de Correlação	,724**	1	,614**	,444**	,310**
	Valor P	<0,001	.	<0,001	<0,001	0,003
	n	101	101	101	99	92
Erro Sem Dano	Coeficiente de Correlação	,518**	,614**	1	,713**	,536**
	Valor P	<0,001	<0,001	.	<0,001	<0,001
	n	101	101	101	99	92
Evento com Dano Moderado	Coeficiente de Correlação	,413**	,444**	,713**	1	,698**
	Valor P	<0,001	<0,001	<0,001	.	<0,001
	n	99	99	99	99	92
Dano Trágico	Coeficiente de Correlação	,250*	,310**	,536**	,698**	1
	Valor P	0,016	0,003	<0,001	<0,001	.
	n	92	92	92	92	92

**p<0,01, *p<0,05

Tabela 8 – Correlação entre Variáveis Frequência de Notificação de EA

Verifica-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre as cinco variáveis de frequência e Notificação de EA de acordo com a gravidade. Quando aumenta a frequência de notificação de um tipo de eventos também aumenta a frequência de notificação de outro tipo de eventos, isto é, quem notifica com maior frequência um evento grave também parece notificar eventos menos graves.

VI. Discussão de Resultados

Neste capítulo é apresentada a discussão do presente trabalho de investigação. São abordadas questões relacionadas com a metodologia utilizada, seguidas da análise e discussão dos resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior.

Dos 192 questionários distribuídos aos enfermeiros do Departamento de Pediatria, obtiveram-se respostas a 102 questionários. Burns⁷⁷ refere que a taxa de resposta desejável para garantir a validade externa de um estudo é de 70%, no entanto a literatura refere que taxas de resposta entre 60 e 70% também são aceitáveis. Taxas de resposta entre 52% e 61% para questionários aplicados a clínicos parecem ser aceitáveis para provar a validade do estudo⁷⁸, no entanto não permitem provar a validade externa dos resultados. A validade externa não depende apenas das taxas de resposta aos questionários, mas também da representatividade da amostra e das características da população. Desta forma, como será apresentado posteriormente, as características da amostra em estudo (sexo, grupo etário e funções desempenhadas) parecem corresponder às características da população do estudo, sendo possível encontrar alguma validade externa nos resultados.

O método de distribuição de questionários utilizado, sendo o possível no presente caso, não permite garantir que os 192 enfermeiros do departamento tiveram acesso aos mesmos, contemplando-se a possibilidade de existirem enfermeiros ausentes durante o período definido para preenchimento dos questionários (Novembro a Janeiro) ou que não tiveram acesso aos mesmos por motivos vários. No entanto, observaram-se características da amostra, constituída por enfermeiros, que são semelhantes ao esperado para a população em estudo.

Num total de 102 enfermeiros constata-se que 96 (94,1%) são do sexo feminino e que seis (5,9%) são do sexo masculino. A amostra é constituída maioritariamente por enfermeiras, sendo esta distribuição característica do universo da enfermagem em Portugal, na qual para um total de 75.928 elementos, cerca de 62.438 (82%) são do sexo feminino e 13.490 (18%) do sexo masculino⁷⁹.

Relativamente ao escalão etário verifica-se que os grupos com maior peso na amostra se encontram nos 21-30 anos (n=33; 32,4%) e 31-40 anos (n=30; 29,4%). Trata-se de uma população jovem, sendo esta distribuição característica da enfermagem em Portugal, com a maioria dos enfermeiros a apresentar idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (35%)⁷⁹.

Relativamente às funções desempenhadas pelos enfermeiros, a amostra é constituída por 73 Enfermeiros (71,6%) e 27 Enfermeiros Especialistas (26,5%), o que corresponde também à distribuição característica do universo de enfermagem em Portugal, com uma maioria de enfermeiros a desempenhar funções como enfermeiros (74%)⁷⁹.

Os profissionais de saúde reconhecem a importância do reporte de EA para a Segurança do Doente e melhoria da Qualidade dos cuidados de saúde⁴¹, assim como necessidade de existir um sistema local e nacional para NEA³⁹. Quando questionados sobre o SNIEA do seu hospital cerca de 59,8% dos enfermeiros refere concordar com o mesmo, 11,8% referem não concordar e 28,4% não têm opinião formada. Estes valores são similares aos encontrados por Bruno³⁹.

A ANEA mantém-se baixa⁴¹, com 80% dos enfermeiros portugueses a referir que não notificou qualquer EA em 2010⁴⁴. De acordo com os resultados do presente estudo, cerca de 68,8% dos enfermeiros não notificaram qualquer EA no último ano, o que significa uma diminuição da percentagem de não notificação relativa ao valor de 2011. Podemos inferir que houve um aumento da consciencialização para a necessidade de notificação de eventos adversos, o que está em consonância com o aumento de notificação observado nos dados do NPSA⁸⁰, nos quais se verifica um aumento significativo da NEA entre 2003 e 2015.

A ANEA parece depender do seu nível de gravidade e do tipo de Incidente. São notificados com maior frequência os eventos que incluem morte, incapacidade e dano ao doente, quando comparados com os eventos não prejudiciais ou situações de risco^{36,37,38,39}. Conclui-se que os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com a revisão da literatura realizada, sendo o evento notificado com maior frequência o EA que causa Dano Trágico (morte), seguido dos EA que causam Dano Moderado ao doente. Verifica-se também que a frequência de notificação de EA aumenta com a gravidade dos mesmos.

De acordo com os dados da NPSA⁸⁰ num total de 434.492 eventos, cerca de 2396 resultaram em Dano Severo ou Morte e 311.882 não tiveram dano para o doente. Em Portugal, num total de 186 EA notificados, cerca de 132 resultaram em dano e 20 resultaram em morte do doente²². Salienta-se a necessidade de notificar todo o tipo de EA, mesmo os que não tiveram qualquer impacto no doente, para que o processo de aprendizagem possa ser o mais proveitoso possível e as intervenções implementadas vão de encontro das dificuldades identificadas^{32,33,34}.

Após análise das cinco tabelas relativas à frequência de notificação de eventos de acordo com a sua gravidade verifica-se que as variáveis: sexo, grupo etário e função desempenhada pelos enfermeiros não influenciam de forma estatisticamente significativa a frequência de Notificação de EA. Estes dados podem ser explicados pela composição da amostra, por ser constituída por 102 enfermeiros, implicando a falta de potência para detetar diferenças estatisticamente significativas. No entanto, encontram-se resultados no limiar ou perto da significância estatística, com os enfermeiros mais velhos a notificar com maior frequência que os enfermeiros mais novos.

Ademais, quando analisada a correlação entre as variáveis de frequência de Notificação de EA de acordo com a gravidade, verifica-se que os enfermeiros que notificam EA mais graves são também os que notificam EA menos graves, sendo as correlações estatisticamente significativas. Estes dados permitem inferir que a implementação de rotinas de notificação de EA, quando estes ocorrem e independentemente da sua gravidade, na prática diária dos enfermeiros, desde o início da mesma, pode incentivar o aumento da notificação de *Near Misses*, situações potencialmente geradoras de perigo e EA, bem como o fortalecimento da Cultura de Segurança da Equipa Multidisciplinar. Neste sentido, a formação e treino dos profissionais de saúde para a identificação de situações com perigo potencial para o doente, notificação destas e de eventos que tenham tido consequências para os doentes torna-se fundamental.

No presente estudo, os EA que ocorreram com maior frequência foram a avaria ou defeito dos materiais/dispositivos médicos, a falta de material/roupa/equipamentos, falta de material clínico e equipamentos, disfunções do sistema informático e os conflitos com o doente/família. De acordo com Bruno³⁹ os EA que ocorrem com maior frequência nos hospitais são os relacionados com as disfunções organizativas (sistema informático, falta ou avaria de material, desaparecimento de objetos e valores, e esquecimento de exame ou análise). O estudo de Martins⁸¹ aponta a falta de material clínico e medicamentos, falta de material/roupa/equipamentos e as disfunções do sistema informático como os EA que ocorreram com maior frequência. Podemos afirmar que os resultados obtidos no presente estudo estão em concordância com os resultados dos estudos acima referidos.

Por outro lado, alguns autores defendem que os EA que ocorrem com maior prevalência em Pediatria são os relacionados com a medicação^{8,21,54,67,69}. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, os EA relacionados com a medicação também surgem com ocorrência elevada, destacando-se os erros de prescrição de produto ou fármaco, os erros de administração de produtos ou fármacos e as

prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis. As quedas dos doentes e as IACS surgem com percentagens significativas, resultados que estão em conformidade com os obtidos no estudo de Bruno³⁹, em que estes EA aparecem referidos com percentagens idênticas.

Igualmente, verifica-se que os EA que ocorrem com maior frequência são os que apresentam maior percentagem de registo, de acordo com a perceção dos enfermeiros.

No que concerne aos EA segundo a distribuição por serviço verifica-se que os eventos que ocorrem com maior frequência, transversais aos diferentes serviços, são os relacionados com disfunções organizativas (sistema informático, falta ou avaria de material, desaparecimento de objetos e valores pessoais, o esquecimento de exame ou análise). Relativamente aos EA relacionados com a medicação, verifica-se que estes ocorrem com maior frequência no serviço de pediatria médica quando comparado com o serviço de urgência e cuidados intensivos. No entanto, a literatura aponta o serviço de urgência e cuidados intensivos como o ambiente mais propício à ocorrência de EA^{55,68,70}, por incluir doentes complexos e com instabilidade hemodinâmica, pela especificidade de formulações e doses medicamentosas para esta população, constantes interrupções, utilização de sistemas tecnológicos sem características pediátricas, e pelas inúmeras transições de cuidados. Neste sentido os resultados obtidos no presente estudo relativamente aos EA relacionados com a medicação não vão ao encontro dos achados da revisão da literatura.

Estes dados merecem alguma atenção não devendo ser descorados pelos enfermeiros nem pelas chefias, uma vez que, pela sua transversalidade, constituem pontos de aprendizagem e melhoria contínua. Defende-se a implementação de intervenções de melhoria dos cuidados, específicas e adaptadas aos diferentes serviços, dirigidas para a resolução destes Eventos Adversos. Sugere-se a inclusão dos pais dos RN e crianças neste processo, uma vez que, muitas vezes, são estes que identificam os erros antes da equipa multidisciplinar^{60,61}. Recordar-se a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica e de confiança entre os pais e a equipa multidisciplinar, no sentido de promover a partilha preocupações, dúvidas e identificação de Erros, colaborando na construção de uma Cultura de Segurança.

O serviço com maior percentagem de NEA foi o serviço de Urgência e Cuidados Intensivos, sendo o serviço com menor notificação o Ambulatório. Esta percentagem pode dever-se ao facto de a amostra ser constituída maioritariamente por enfermeiros do serviço de Urgências e Cuidados Intensivos (62,7%) ou por ser um dos serviços com maior propensão à ocorrência de EA⁶⁸.

São vários os fatores apontados como facilitadores da ocorrência de EA, destacando-se as condições de trabalho, a gestão dos recursos disponíveis, o tempo disponível para a realização das atividades, a carga de trabalho, as condições psicológicas e cognitivas dos profissionais, bem como falhas na comunicação e seguimento de protocolos e normas^{8,18,21}.

No presente estudo, os fatores facilitadores de EA apontados com maior frequência foram a carência de recursos humanos seguido das falhas de comunicação e sobrecarga horária. Estes resultados são similares aos do estudo de Lima⁷⁶, no qual o principal fator apontado foi a falha de comunicação seguido da carência de recursos humanos. Na área da saúde esta carência de recursos humanos mantém-se uma realidade atual⁴⁵, o que leva ao aumento da sobrecarga horária e funcional dos profissionais de saúde⁴⁶. Estes fatores levam ao aumento da ocorrência de erros em saúde e colocam em risco a Segurança do Doente e a Qualidade dos cuidados de saúde, o que é reconhecido e identificado pelos enfermeiros da amostra. Lawati²³ e coautores apontam a comunicação e o número inadequado dos profissionais como pontos nos quais é necessário intervir no sentido de prevenir e diminuir a ocorrência de Eventos Adversos. Também o PNSD¹⁵ apresenta como objetivo aumentar a segurança na comunicação entre profissionais e instituições de saúde. A DGS²⁴ defende uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, referindo que as falhas de comunicação são uma das principais causas e eventos adversos e que 70% destes ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados do doente. O envolvimento dos doentes e famílias na prevenção do Erro deve ser reconhecido, uma vez que são eles que melhor conhecem a situação clínica e são capazes de detetar falhas de comunicação nas passagens de turno⁸.

De acordo com a perceção dos enfermeiros da amostra a principal razão para a não NEA prende-se com o esquecimento quando há muito trabalho. As condições laborais dos profissionais de saúde podem provocar uma necessidade de reorganizar os cuidados de saúde prestados colocando o foco nos doentes e na resolução rápida de situações potencialmente geradoras de perigo ou de Erros que tenham ocorrido, passando para segundo plano as questões com um cariz burocrático como é a NEA. Este comportamento, ainda que pareça o mais adequado no momento, não vai favorecer a Segurança a Doente nem a Qualidade dos cuidados a longo prazo.

VII. Considerações Finais e Conclusões

O conceito de Segurança do Doente tem vindo a ganhar terreno na área da saúde. A crescente preocupação com uma prestação de cuidados segura, com o mínimo de risco para o doente, adequada às características e necessidades do mesmo, tem vindo a tornar-se o mote da prestação de cuidados de saúde a nível global.

Apesar dos esforços no sentido de minimizar o risco e as consequências negativas para o doente, mantém-se a possibilidade da ocorrência do Erro ou Evento Adverso (EA). Sabemos que estes são motivados por inúmeros fatores, sendo a conjugação destes a principal causa para a sua ocorrência. Alguns autores defendem que a existência humana, por si só, torna as pessoas suscetíveis a errar, afirmando não ser possível erradicar o Erro. No entanto, a preocupação com a Qualidade e Segurança do Doente mantém-se. O foco deve estar no reporte de todas as situações potencialmente perigosas ou que tenham originado consequências negativas para o doente de forma a evitar a normalização e aceitação do Erro como algo normal e rotineiro.

Os Enfermeiros, por estarem na linha da frente da prestação de cuidados de saúde, com um contacto mais próximo com o doente e família, tornam-se mais atentos e experientes no reconhecimento de situações potencialmente propícias à ocorrência de Erros e EA, assim como na sua identificação quando estes ocorrem. São, por isso, comparativamente com os médicos, mais propensos a notificar EA na prática clínica.

A população neonatal e pediátrica é uma das mais suscetíveis à ocorrência de Erros e EA. As características inerentes à sua situação de saúde/doença, o contexto onde se encontram a receber cuidados de saúde e a interação constante entre profissionais de saúde de várias áreas, no sentido de melhor responder às necessidades identificadas, contribuem para esta vulnerabilidade acrescida.

A especificidade desta área de saúde, a experiência e vivências da investigadora nesse âmbito valorizam a componente motivacional para a realização do presente trabalho de investigação onde se procurou estudar a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria.

Concluiu-se que, apesar de existir um reconhecimento do Sistema de Notificação de Incidentes e EA do hospital em estudo e a maioria dos enfermeiros concordar com esse sistema, a Notificação de EA se mantém bastante aquém do necessário. Com a maioria dos enfermeiros a revelar que não notificou qualquer EA no último ano, deparamo-nos com a ocorrência de uma série de EA nos vários serviços do

departamento. Identificaram-se como EA mais frequentes aqueles que se encontram relacionados com disfunções do sistema, destacando-se a avaria ou defeito dos materiais/dispositivos médicos, a falta de material/roupa/equipamentos, falta de material clínico e equipamentos, disfunções do sistema informático e os conflitos com o doente/família, com distribuição uniforme pelos serviços participantes. Quando questionados relativamente aos fatores que facilitam a ocorrência de EA, os enfermeiros apontaram a carência de recursos humanos, as falhas de comunicação e a sobrecarga horária como tendo maior peso. Estes fatores estão em consonância com o principal motivo apontado para a não notificação de eventos: o esquecimento quando há maior intensidade de trabalho. A maioria da amostra não considerou os fatores apresentados como a barreira que os levou a não notificar os EA, podendo a inclusão de uma questão aberta no questionário ter permitido explorar a principal barreira à notificação de eventos na opinião de cada enfermeiro ser um ponto a refletir.

Se por um lado, os resultados obtidos apontam para a necessidade de fomentar a Cultura de Segurança da instituição, consciencializando os profissionais de saúde da importância do seu papel, enquanto pessoas individuais e enquanto equipa multidisciplinar, para a melhoria da Segurança do Doente, por outro, consideramos que a satisfação dos enfermeiros enquanto elos charneira de primeira linha na prestação de cuidados também estão muitas vezes sujeitos, igualmente, a EA que de alguma forma deveriam ser alvo de notificação num contexto de Qualidade e Responsabilidade. O doente tem direitos e deveres da mesma forma que o Enfermeiro os tem, os direitos do doente não podem colocar em causa os dos profissionais de saúde e é desse equilíbrio, por vezes instável e difícil, que será possível criar um ambiente propício às notificações e o reconhecimento do seu elevado potencial.

Neste contexto, o estudo dos EA permite a melhoria da prestação de cuidados de saúde, tornando-a mais segura para o doente, mas também para os próprios profissionais de saúde, pelo reconhecimento racional de práticas mais ajustadas que se pretendem numa lógica e aproximação preventivas. Assim, torna-se fundamental integrar a Notificação de EA, Erros, *Near Misses* e situações potencialmente perigosas para o doente na prática diária dos profissionais. Para tal, uma sensibilização contínua, o reforço das equipas multidisciplinares, a melhoria da comunicação e o alívio da carga horária dos profissionais parecem ser os primeiros passos neste percurso.

Após realização do presente trabalho de investigação preconiza-se, a nível nacional a elaboração de Políticas de Saúde mais específicas com vista à promoção da Notificação de EA, de forma transversal, como enquadrante e caminho a seguir. A nível de Gestão do Risco, os gestores devem incentivar a Notificação de Incidentes, Eventos

Adversos e também *Near Misses*, por parte de todos os profissionais, tendo em vista a resolução das situações potencialmente perigosas identificadas e a prevenção de futuros EA. Por último, a valorização e investimento na formação dos profissionais sobre Gestão do Risco e Segurança do Doente, com elaboração de Normas de Orientação sobre Segurança do Doente a serem conhecidas e aplicadas por todos os profissionais de saúde da instituição, bem como a constituição de equipas com experiência na análise das causas dos EA e na identificação preventiva e possíveis falhas no sistema.

Acredita-se que o envolvimento dos profissionais de saúde para Programas de Adesão à Notificação será tanto maior e mais forte quanto mais próxima for a divulgação e facilidade de acesso à plataforma e sensibilização para a sua utilização, o reconhecimento dos benefícios reais para o doente, o conhecimento dos resultados e medidas corretivas ativadas e mesmo a evolução e interatividade no funcionamento do sistema. Caso este seja entendido como transversal à saúde, numa visão integradora dos deveres e direitos relativos aos próprios profissionais, estes estarão mais despertos, atentos e motivados para uma participação individual e do grupo.

É do interesse da investigadora a elaboração de um artigo científico que resuma o trabalho realizado e aqui apresentado, de forma a tornar mais acessível aos investigadores os resultados obtidos e que se consideram de assinalável importância para a prática da Notificação de Eventos Adversos.

Referências bibliográficas

1. Fragata J. Segurança dos doentes. Lisboa: Lidel; 2011.
2. Macrae C, Stewart K. Can we import improvements from industry to healthcare? *BJM*. 2019;364:1039.
3. Chun J, Bafford A. History and background of quality measurement. *Clin Colon Rectal Surg*. 2014;27(1):5-9.
4. Kudzma E. Florence Nightingale and healthcare reform. *Nurs Sci Q*. 2006;19(1):61-4.
5. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest Amory Codman. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11:104-5.
6. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety: Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13:472-3.
7. Valentini R. Patient safety and quality improvement: what the pediatric trainee needs to know. *Prog Pediatr Cardiol*. 2017; 44:47-53.
8. Raju T, Suresh G, Higgins R. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. *Pediatr Res*. 2011; 70(1):109-15.
9. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
10. Decreto-Lei nº 155/2009. D.R. 28. 1ª Série (10-02-2009) 878-881 – Aprova a criação do Departamento de Qualidade em Saúde.
11. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Quality Indicators Project: initial indicators report. Paris: OECD; 2006.
12. Perneger T. The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. 2008; 20(5):305-6.
13. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (version 1.1): final technical report and technical annexes. Copenhagen: World Alliance for Patient Safety; 2009.

14. Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho da União Europeia. JO 2009/C (3.7.2009) 151/1-151/6. Sobre a segurança dos pacientes incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.
15. Despacho n.º 1400-A/2015. D.R. 28. 2ª Série (10-02-2015) – Aprova a criação do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020.
16. Boldrini A, Scaramuzzo R, Cuttano A. Errors in neonatology. J Pediatr Neonat Individual Med. 2013; 2(2):e020230.
17. Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care. 1995; 4(2):80-9.
18. Bonsu J, Dyk W, Franzidis J, Petersen F, Isafiade A. A systems approach to mining safety: an application of the Swiss Cheese Model. J S Afr Inst Min Metall. 2016; 116(8):777-784.
19. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017.
20. Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. Acta Med Port. 2006; 19(4):309-318.
21. Cernadas J, Bogado L, Rolón F, Galletti M. Voluntary and anonymous reporting of medication errors in patients admitted to the Department of Pediatrics. Arch Argent Pediatr. 2019; 117(6):e592-7.
22. Sousa P, Uva A, Serranheira F, Nunes C, Leite E. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese Hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Serv Res. 2014; 14: e311.
23. Lawati M, Dennis S, Short S, Abdulhadi N. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BCM Fam Pract. 2018; 19(1): 104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7.
24. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma 001/2017 relativa à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2017.
25. Carter B, Lantos J. Disclosing adverse events and near misses to parents of neonates. Semin Perinatol. 2019; 43(8): e151182.

26. Jordan M, Lam J, Lyren A, Sims N, Yang C. Actionable Patient Safety Solution (APSS) #3A: medication errors. Orange, CA: Chapman University. Patient Safety Movement Foundation; 2017.
27. Dickson G. Principles of risk management. *Qual Health Care*. 1995; 4(2):75-9.
28. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768–770.
29. Reason J, Carthey J, Leval M. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care*. 2001;10(2): ii21-ii25.
30. Chatziioannidis I, Mitsiakos G, Vouzas F. Focusing on patient safety in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2016;6(1): e060132.
31. Waring J. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med*. 2005; 60:1927-35.
32. Leistikow I, Mulder S, Vesseur J, Robben P. Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters. *BJM Qual Saf*. 2017;26(3):252-256.
33. Hewitt T, Chreim S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. *BJM Qual Saf*. 2015; 24(5):303-10.
34. Macrae C. The problem with incident reporting. *BJM Qual Saf*. 2017; 25(2):71-5.
35. Ahluwalia J, Marriott L. Critical incident reporting systems. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2005; 10(1):31-7.
36. Polisena J, Gagliardi A, Urbach D, Clifford T, Fiander M. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. *Syst Rev*. 2015; 4: e37.
37. Firth-Cozens J. Barriers in incident reporting. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(7):6-8.
38. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(1):15-8.
39. Bruno P. Registo de Incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal: erro em medicina. Coimbra: Coimbra Editora; 2010.
40. Evans S, Berry J, Smith B, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15(1):39-43.

41. Louis M, Hussain L, Dhanraj D, Khan B, Jung S, Quiles W et al. Improving patient safety event reporting among residents and teaching faculty. *Ochsner J.* 2016; 16(1):73-80.
42. Dunbar A, Cupit M, Vath R, Pontiff K, Evans N, Roy M, et al. An improvement approach to integrate teaching teams in the reporting of safety events. *Pediatrics.* 2017;139(2): e20153807.
43. Cooper J, Edwards A, Williams H, Sheikh A, Parry G, Hibbert P, et al. Nature of blame in patient safety incident reports: mixed methods analysis of a national database. *Ann Fam Med.* 2017; 15(5):455-61.
44. Fernandes A, Queirós P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Referência.* 2011; III Série(4):37-48.
45. Margato C. A propósito da segurança dos doentes: editorial. [Internet] *Sinais Vitais.* 2009; 83. [cited 2019 Dec 9]. Available from: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinais-vitalis-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/480-revista-no-83-marco-2009>.
46. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2018: meio caminho andado. Lisboa: OPSS; 2018.
47. Health Quality Ontario. Patient safety learning systems: a systematic review and qualitative synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2017; 17(3):1-23.
48. Stein J, Heiss K. The Swiss cheese model of adverse event occurrence: closing the holes. *Semin Pediatr Surg.* 2015;24:278-82.
49. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety?: a systematic literature review. *Milbank Q.* 2015; 93(4):826-66.
50. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma 025/2012 relativa ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2012.
51. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma 015/2014 relativa ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2014.
52. Carvalho M, Vieira A. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatria.* 2002; 78(4):261-68. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04>
53. Fragata J, Martins L. O erro em medicina. Coimbra: Almedina; 2014.

54. Alvarez F, Ismail L, Markwosky A. Pediatric medication safety in adult community hospital settings: a glimpse into nationwide practice. *Hosp Pediatr*. 2016; 6(12):744-9.
55. Matlow A, Baker G, Flintoft V, Cochrane D, Coffey M, Cohen E, et al. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. *CMAJ* [Internet]. 2012 Sep [cited 2020 Apr 25]; 184(13): e709–e718. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447037/>
56. Jolley J, Shields L. The evolution of family centered care. *J Pediatr Nurs*. 2009; 24(2):164-70.
57. Hockenberry M, Wilson D. Wong: enfermagem da criança e do adolescente. 9ª ed. Vol 1. Loures: Lusociência; 2014.
58. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2006.
59. Cruz A, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(4):861-5.
60. McBride D. Parents find medical errors and safety incidents that hospitals miss. *J Pediatr Nurs*. 2017; 34:94-5.
61. Fritz Z, Holton R. Too much medicine: not enough trust? *J Med Ethics*. 2019; 45(1):31-5.
62. Pichert J, Hickson G, Pinto A, Vincent C. Communicating about unexpected outcomes, adverse events, and errors. In: Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2017. p. 401-22.
63. Coffey M, Espin S, Hahmann T, Clairman H, Lo L, Friedman J, et al. Parent preferences for medical error disclosure: a qualitative study. *Hosp Pediatr*. 2017; 7(1):24-30.
64. Reena O, Kachoria R, Dail J, Green J, Walls K, McClead R. A Quality improvement project to decrease human milk errors in the NICU. *Pediatrics*. 2017: e20154451.
65. Steele C, Bixby C. Centralized breastmilk handling and bar code scanning improve safety and reduce breastmilk administration errors. *Breastfeeding Med*. 2014;9(9):426-9.

66. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019.
67. Lobaugh L, Martin L, Schleelein L, Tyler D, Litman R. Medication errors in pediatric anesthesia: a report from the Wake Up Safe Quality Improvement Initiative. *Anesth Analg*. 2017;125(3):936-42.
68. Benjamin L, Frush K, Shaw K, Shook J, Snow S. Pediatric medication safety in the emergency department. *Pediatrics*. 2018; 141(3):e20174066.
69. Sutherland A, Phipps D, Tomlin S, Ashcroft D. Mapping the prevalence and nature of drug related problems among hospitalized children in the United Kingdom: a systematic review. *BCM Pediatrics*. 2019; 19:e486.
70. Maaskant J, Tio M, Hest R, Vermeulen H, Geukers V. Medication audit and feedback by a clinical pharmacist decrease medication errors at the PICU: an interrupted time series analysis. *Health Sci Rep*. 2019; 1(3):e23.
71. Leahy I, Lavoie M, Zurakowski D, Baier A, Brustowicz R. Medication errors in a pediatric anesthesia setting: incidence, etiologies, and error reduction strategies. *J Clin Anesth*. 2018; 49:107-11.
72. The Joint Commission. Hospital: 2020 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2019.
73. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
74. Dias S, Gama A. Introdução à investigação qualitativa em saúde pública. Coimbra: Edições Almedida; 2019.
75. Fortin M. O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência; 1990.
76. Lima S. Sistema de notificação de eventos adversos: contributos para a melhoria da segurança do doente. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde.
77. Burns K, Duffett M, Kho M, Meade M, Adhikari N, Sinuff T, et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*. 2008; 179(3):245-52.
78. Cummings S, Savitz L, Konrad, T. Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Serv Res*. 2001; 35(6):1347-55.

79. Ordem dos Enfermeiros. Relatório e Contas 2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2020.
80. National Patient Safety Agency. National reporting and learning system quarterly data workbook: Oct 2003-Dec 2015 [Internet]. Redditch: The National Archives. NHS England; 2017 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20171030124644/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=135610>
81. Martins L. Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2017. Dissertação de Mestrado em Gestão e a Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Anexos

Anexo I – Consentimento da Autora

Paula Bruno <paula.bruno.martins@gmail.com>

segunda, 30/09/2019, 14:58

para mim

Boa Tarde,

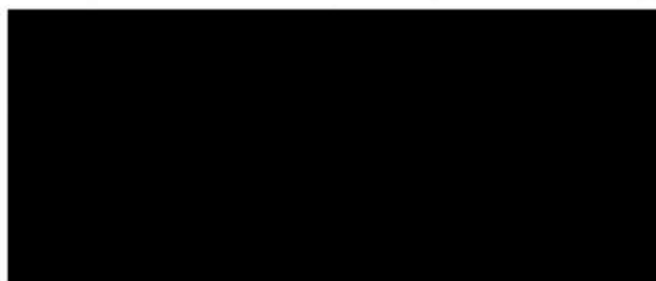
Acuso a recepção do seu mail, que agradeço.

Confirmo por esta via, o meu consentimento para o uso do meu questionário.

Aproveito para lhe desejar muitas felicidades e sucessos para a sua investigação.

Os meus cumprimentos

Exmo. Senhor



Lisboa,

18 Outubro 2018

Autorizo que o estudo "Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria", se realize no Departamento de Pediatria, com a Enfermeira Joana Isabel Cordeiro e Carvalho como Investigador Principal.

Com os melhores cumprimentos

Diretora do Departamento de Pediatria

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Rufo', written over a horizontal line.

Carimbo

AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR DE SERVIÇO

ADESÃO DOS ENFERMEIROS À NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM PEDIATRIA

Protocolo do Estudo em Anexo

Promotor: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

O Departamento de Pediatria deste hospital possui as infra-estruturas e os equipamentos necessários à realização deste estudo observacional e a equipa dos diferentes serviços apresenta a competência técnica necessária para a realização deste estudo em cumprimento com as Boas Práticas Clínicas.

Confirmo que o Investigador Principal Joana Isabel Cordeiro e Carvalho deste estudo tem conhecimento das Boas Práticas Clínicas.

Os Serviços dispõem de capacidade de arquivo e armazenamento de toda a documentação relativa à realização do estudo.

A monitorização será realizada em espaço adequado à verificação dos dados do ensaio, nomeadamente em salas de reunião deste serviço, sob supervisão dos investigadores e/ou pessoal do centro delegado pelo Investigador Principal para o efeito.

Perante o que ficou exposto, e na qualidade de Diretora do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar [REDACTED], venho afirmar que autorizo a realização do referido estudo observacional.

Ressalvo, no entanto, que a minha autorização está condicionada à autorização / parecer exigidos, respetivamente da Direção Clínica do Centro Hospitalar [REDACTED], e da Comissão de Ética do [REDACTED]

Lisboa, 18 de Dezembro de 2019



Director do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar [REDACTED]

[REDACTED]

Exma. Sra.

Enf.^a [REDACTED]

Serviço de Neonatologia
[REDACTED]

Assunto: Pedido para aplicação de questionário

Vimos por este meio informar que está autorizada a aplicação de questionário aos enfermeiros que exercem funções no Departamento de Pediatria, no âmbito do estudo intitulado "Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria", integrado no XIV Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Mais informamos que deverão enviar uma cópia do trabalho final para o *email* da Direção de Enfermagem – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem
[REDACTED]

Com os nossos cumprimentos,

[REDACTED], 25 de novembro de 2019

[REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM

[REDACTED]

[REDACTED]

Apêndices

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Ex.^a Sr.^a

Dr.^a Paula Bruno Martins

Eu, Joana Isabel Cordeiro e Carvalho, encontro-me a frequentar o XIV Mestrado em Gestão da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. No âmbito do projeto que estou a desenvolver seria uma mais valia poder utilizar o questionário que desenvolveu e validou, incluído no livro “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”.

Pretendo utilizar o questionário no estudo intitulado “Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria”, cujo objetivo principal é caracterizar a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos nos serviços de pediatria de um hospital central em Lisboa.

Neste sentido solicito autorização para a sua utilização ressaltando que o instrumento de recolha de dados poderá vir a ser sujeito a alterações no sentido de se adequar ao estudo a desenvolver. Farei a identificação do crédito através da informação que junto, agradecendo a indicação de qualquer aspeto que considere que devo incluir:

- Questionário desenvolvido pela Dr.^a Paula Bruno incluso no livro “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Carvalho

30 de Setembro de 2019

Pedido de Autorização para Realização de Estudo e Respetiva Distribuição de
Questionário

Ex.^a Sr.^a Enf.^a [REDACTED]

Digníssima Enfermeira Diretora do Hospital de [REDACTED]

Eu, Joana Isabel Cordeiro e Carvalho, enfermeira a exercer funções na Unidade de Neonatologia deste hospital, venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo intitulado “Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria” e aplicação do respetivo questionário para recolha de dados.

O estudo insere-se no âmbito do XIV Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, no qual sou discente, sob orientação do Professor Doutor Pedro Aguiar.

Após elaboração do projeto de investigação comprometo-me a conceder à instituição o acesso aos resultados e conclusões da investigação. Serão respeitados e assegurados todos os princípios éticos e de confidencialidade inerentes a este tipo de investigação, garantindo-se o anonimato dos participantes e dos dados.

Com os melhores Cumprimentos,

Joana Carvalho

21 de Outubro de 2019

QUESTIONÁRIO

Para preencher o questionário assinale com uma cruz (X) os respetivos espaços ou escreva no espaço indicado.

Para melhor compreensão deste questionário consideramos as seguintes definições:

- Segurança do Doente: Redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.
- Evento/Ocorrência: qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

1. Sexo	
Feminino	
Masculino	

2. Grupo etário	
< 21 anos	
21 a 30 anos	
31 a 40 anos	
41 a 50 anos	
51 a 60 anos	
> 60 anos	

3. Há quantos anos trabalha nesta Instituição?	
<1 ano	
1-10 anos	
10-20 anos	
20-30 anos	
30-40 anos	
>40 anos	

4. Que funções desempenha no serviço onde trabalha?	
Enfermeiro	
Enfermeiro Especialista	
Enfermeiro Gestor	

5. Caraterize a tipologia do seu serviço.	
Ambulatório	
Urgência e Cuidados Intensivos	
Pediatria Médica	

6. O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação?	
Sim	
Não	
Não Sei	

7. No hospital onde trabalha existe um sistema de registo e notificação de eventos adversos/erros/incidentes?	
Sim	
Não	
Não Sei	

8. Concorda com o sistema do seu hospital?	
Sim	
Não	
Não Sei	

9. Para cada questão assinale com X a sua resposta conforme a escala	1. Nunca	2. Raramente	3. Por vezes	4. A maioria das vezes	5. Sempre
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente</u> , com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é notificado?					
Quando o evento/ocorrência <u>provoca dano moderado</u> , com que frequência é notificado?					
Quando o <u>dano é trágico</u> (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?					

10. Nos últimos 12 meses quantos eventos/ocorrências preencheu e entregou?	
Nenhum	
1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	
3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	
6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	
11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	
21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	

11. Dos Eventos/ Ocorrências que a seguir se discriminam identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Assinale também se os registou por escrito.	Já aconteceu	Registei por escrito
1. Quedas dos doentes		
2. Avarias ou defeito dos materiais/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/equipamentos		
4. Falta de material clínico e equipamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente/família		
8. Falta do processo do doente nas consultas		
9. Erro de identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Erro de Diagnóstico		
12. Esquecimento do exame, análise ou preparação do doente		
13. Transmissão da informação médica errada		
14. Erro de prescrição do produto ou fármaco		
15. Erro na administração do produto ou fármaco (dose/ produto/ frequência)		
16. Erro na administração de Leite Materno (administração de leite materno ao bebé errado)		
17. Prescrição incorretamente preenchida ou ilegível		
18. Erro na interpretação de um exame		

19. Troca de relatório de exame		
20. Infecções associadas aos cuidados de saúde		
21. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia		
22. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
23. Corpo estranho retido após cirurgia		
24. Erro do local a operar		
25. Erro relacionada com anestesia		
26. Erro de administração de sangue		
27. Morte inesperada		

12. Como prestador de cuidados de saúde assinale quais os fatores/situações que na sua opinião contribuem para a ocorrência de Erro/Ocorrência?	
1.Falta de conhecimentos/Necessidade de formação dos profissionais	
2. Inexperiência Profissional	
3. Desmotivação	
4. Falhas na Comunicação	
5. Disfunção do sistema informático	
6. Sobrecarga horária	
7. Carência de Recursos humanos	
8. Planificação errada do espaço de trabalho	

13. Não registou os eventos/ocorrências porquê?	1.Discordo totalmente	2. Discordo	3.Não concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Tenho receio de um processo disciplinar					
Quando há muito trabalho esqueço-me de registar					
Tenho receio de um processo judicial					
Os meus colegas não apoiam o registo					
Não quero que o caso seja discutido em reunião					
Não sei quais os incidentes que têm de ser registados					
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo					
Desde que se aprenda com o incidente não é preciso discuti-lo mais					
O registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados					
Os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes adversos					
Receio de afetar a minha credibilidade					
Receio de afetar a credibilidade da instituição					

Grata pela disponibilidade e participação

Joana Carvalho

